

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLe SESSION — BÂLE - ZURICH - BERNE - NEUCHÂTEL
(20-25 JUILLET 1936)

COMPTES RENDUS

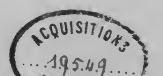
PAR

PIERRE COMBEMALE

Secrétaire général



MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XL[e] SESSION

BÂLE-ZURICH-BERNE-NEUCHÂTEL (20-25 JUILLET 1936)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLe SESSION — BÂLE-ZURICH-BERNE-NEUCHÂTEL
(20-25 JUILLET 1936)

COMPTES RENDUS

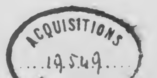
PAR

PIERRE COMBEMALE

Secrétaire général



MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS





PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

M. le Conseiller Fédéral Etter, Chef du Département Fédéral de l'Intérieur.
S. E. le Comte Clauzel, Ambassadeur de France à Berne.
S. E. Attilio Tamaro, Ministre d'Italie à Berne.
M. Louis d' Ursel, Envoyé Extraordinaire et Ministre Plénipotentiaire de Belgique à Berne.
M. le Professeur Bleuler, Zurich.
M. le Dr Carrière, Directeur du Service Fédéral de l'Hygiène Publique.
M. le Dr Garraux, Président de la Fédération des Médecins Suisses.

Canton de Bâle

M. le Conseiller d'Etat E. Zweifel, Chef du Département Sanitaire.
M. G. Padovani, Secrétaire d'Ambassade, chargé du Consulat de France à Bâle.
M. G. Pitot, Consul de Belgique à Bâle.
M. le Professeur Haab, Recteur de l'Université de Bâle.
M. le Professeur J.-E. Staehelin, Doyen de la Faculté de Médecine.
M. Christ-de-Neufville, Président de la Commission de Surveillance de la Clinique Psychiatrique « Friedmatt ».
M. le Dr E. Burckhardt, Président de la Société Médicale de Bâle.

Canton de Bâle-Campagne

M. le Conseiller d'Etat Seiler, de Bâle-Campagne.
M. le Dr Löliger, Président de la Société de Médecine de Bâle-Campagne.

Canton de Zurich

M. le Conseiller d'Etat E. Streuli, Président du Conseil d'Etat du Canton de Zurich.
M. le Conseiller d'Etat O. Pfister, Chef du Département Sanitaire.
M. le Conseiller aux Etats Klöti, Président de la Ville de Zurich.

M. Pierre-Henri-Joseph Prévost, Consul de France.
M. Antoine Fransen, Consul de Belgique.
M. le Dr O. Burgi, Recteur de l'Université de Zurich.
M. le Dr W. Löffler, Doyen de la Faculté de Médecine de Zurich.
M. le Dr Biber, Président de la Société Médicale du Canton de Zurich.
M. le Dr Denzler, Président de l'Association des Médecins de Zurich.

Canton de Berne

M. le Conseiller d'Etat Rudolf, Chef de l'Instruction publique du Canton de Berne.
M. le Conseiller d'Etat Mouttet, Président de la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires.
M. le Professeur de Quervain, Recteur de l'Université de Berne.
M. le Professeur E. Burgi, Doyen de la Faculté de Médecine.
M. Lint, Président de la Ville de Berne.
M. Roger Marcuard, Président du Conseil de Bourgeoisie de la Ville de Berne.
M. le Professeur Guggisberger, Président de la Société Médicale du Canton de Berne.
M. le Dr Mennet, Président de la Société Médicale de la Ville de Berne.
M. le Juge Ernst, Président de la Commission de Surveillance de la Clinique Psychiatrique « Waldau ».

Canton de Neuchâtel

M. le Conseiller d'Etat Guinchard, Président du Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel.
M. le Conseiller d'Etat Renaud, Président du Conseil d'Administration de l'Asile de Perreux.
M. Favarger, Consul de Belgique à Neuchâtel.
M. de Werra, Consul du Luxembourg à Neuchâtel.
M. Perrin, Président de la ville de Neuchâtel.
M. le Dr H. Spinner, Recteur de l'Université.
M. le Dr de Reynier, Président de la Société Médicale de la Ville de Neuchâtel.
M. le Président de la Société médicale neuchâteloise.
M. H. Haefliger, Président de l'Association pour le développement économique de Neuchâtel.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'ASSOCIATION DITE « CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE ».

ANNÉE 1936

Président : M. le Dr O. CROUZON (de Paris).
Vice-Président : M. le Dr M. OLIVIER (de Blois).
Secrétaire général : M. le Dr Pierre COMBEMALE (de Bailleul).
Membres : MM. les Drs P. COURBON (de Paris), M. DESRUELLES (de Saint-Ylie), Art. DONAGGIO (de Bologne), A. REPOND (de Monthey), H, ROGER (de Marseille), VIGNAUD (de Paris), *trésorier.*

BUREAU DE LA 40e SESSION

Présidents : M. le Dr O. CROUZON, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière (Paris) ; M. le Dr André REPOND, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Suisse).

Vice-Président : M. le Dr M. OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (Loir-et-Cher).

Secrétaire général : M. le Professeur Pierre COMBEMALE, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Dr O.-L. FOREL, Médecin en Chef des « Rives de Prangins », près Nyon (Suisse).

Trésorier: M. le Dr VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe).

Secrétaires locaux : Bâle : M. le Dr RIGGENBACH, Clinique Psychiatrique « Friedmatt ».

Zurich : M. le Dr Kurt BINSWANGER, 15, Moussonstrasse, Zurich, 7.
Berne : M. le Dr G. DE PALÉZIEUX, 23, Belpstrasse, Berne.
Neuchâtel : M. le Dr H. BERSOT, Clinique Bellevue, Le Landeron.
Secrétaires des séances (1) : MM. les Docteurs M. LECONTE (de Paris), et Jean TITECA (de Bruxelles).

COMITÉ LOCAL DE BÂLE

Président : M. le Professeur John STAEHELIN, Friedmatt, Bâle.
Secrétaire : M. le Dr RIGGENBACH, Clinique Psychiatrique « Friedmatt ».
M. le Dr H. BRENK, St-Johannvorstadt, 86, Bâle.
M. le Dr C. BRUGGER, St-Johannvorstadt, 21, Bâle.
M. le Dr H. CHRISTOFFEL, St-Albanvorstadt, 21, Bâle.
M. le Professeur GIGON, Feierabendstrasse, 15, Bâle.
M. le Dr K. GRAETER, Batterieweg, 19, Bâle.
M. le Professeur JAQUET, La Charmille, Riehen-Bâle.
M. le Dr J. KARCHER, Eulerstrasse, 33, Bâle.
M. le Dr E. LABHART, Greifengasse, 1, Bâle.
M. le Dr H. REESE, Rütlistrasse, 47, Bâle.
M. le Dr M. ROHNER, Holbeinstrasse, 81, Bâle.
M. le Dr Ph. SARASIN, Gartenstrasse, 65, Bâle.
M. le Dr L. SCHWARTZ, Schützenmattstrasse, 40, Bâle.
M. le Dr E. SIKEMEIER, « Sonnenhalde », Riehen-Bâle.
M. le Dr F. WEIL, Missionstrasse, 4, Bâle.
M. le Professeur WOLFF, Sonnenbühlstrasse, 30, Riehen-Bâle.

---

(1) Je ne saurai jamais trop remercier les secrétaires des séances, les docteurs M. Leconte et Jean Titeca, du concours si précieux qu'ils m'ont donné, avec tant de dévouement, durant les séances de cette session. C'est à eux que je dois de faire paraître, tôt et complets, ces comptes rendus.

COMITÉ LOCAL DE ZURICH

Président : M. le Professeur H.-W. MAIER, « Burghölzli », Zurich.
Secrétaire : M. le Dr K. BINSWANGER, Moussonstrasse, 15, Zurich.
M. le Dr BALLY, Gladbachstrasse, 59, Zurich.
M. le Dr BOSS, Neurologue, Theaterstrasse, 12, Zurich.
M. le Dr F. BRAUN, Directeur de l'Institution suisse pour épileptiques.
M. le Dr R. BRUN, Zurichbergstrasse, 88, Zurich.
M. le Dr T. BRUNNER, Küsnacht/Zurich.
M. le Professeur Ch. CLERC, Mittelstrasse, 21, Zurich.
M. le Dr GROSSMANN-REIFF, Rämistrasse, 5, Zurich.
M. le Dr T. HAEMMERLI-SCHINDLER, Hohenbühlstrasse, 1, Zurich.
M. le Dr H. HUBER, Breitingerstrasse, 25, Zurich.
M. le Dr G. JUNG, Seestrasse, 228, Küsnacht/Zurich.
M. le Dr KESSELRING, « Hohenegg », Meilen.
M. le Dr J. LITTMANN, Stockerstrasse, 25, Zurich.
M. le Dr MEYER-MULLER, Neurologiste, Zurich.
M. le Professeur MINKOWSKI, Freiestrasse, 55, Zurich.
M. le Dr E. OBERHOLZER, Gloriastrasse, 78, Zurich.
M. le Dr C. STRASSER, Utoquai, 37, Zurich.
M. le Dr A. ULRICH, Dufourstrasse, 20, Zurich.
M. le Professeur O. VERAGUTH, Gladbachstrasse, 90, Zurich.
M. le Dr H. WALTER, Zurich.

COMITÉ LOCAL DE BERNE

Président : M. le Professeur KLAESI, Médecin-Directeur de l'Asile de la Waldau, près Berne.
Secrétaire : M. le Dr G. DE PALÉZIEUX, Belpstrasse, 23, Berne.

M. le Professeur ISENSCHMIDT, Hirschengraben, 6, Berne.
M. le Dr E. BLUM, Englische Anlagen, 8, Berne.
M. le Dr Ch. DUBOIS, Falkenhöheweg, 20, Berne.
M. le Dr Fr. v. FISCHER, Secrétaire de la Croix-Rouge suisse, Bolligenstrasse, 34, Berne.
M. le Dr P. GARNIER, Erlachstrasse, 15, Berne.
M. le Dr F. HUMBERT, Médecin à l'Asile de la Waldau, Berne.
M. le Dr E. JUNG, Rainmattstrasse, 9, Berne.
M. le Dr F. LOTMAR, Hallwylsreasse, 48, Berne.
M. le Dr W. MORGENTHALER, 17, Schanzenbergstrasse, Berne.
M. le Dr MULLER, Médecin de l'Asile de Munsingen, Berne.
M. le Dr C.-G. TAUBER, Monbijoustrasse, 8, Berne.
M. le Dr TRAMER, Médecin-Directeur de l'Asile de la Rosegg, près Soleure.
M. le Dr F. WALTHER, Monbijoustrasse, 39, Berne.
M. le Dr A. WEBER, Médecin à l'Asile de la Waldau, Berne.
M. le Dr WYRSCH, Médecin à l'Asile de la Waldau, Berne.

COMITÉ LOCAL DE NEUCHÂTEL

Président : M. le Conseiller d'Etat BÉGUIN.
Secrétaire : M. le Dr BERSOT, Clinique Bellevue, Le Landeron.
M. le Dr KOLLER, Directeur de l'Asile de Préfargier, à Marin.
M. le Dr BOREL, Directeur de l'Hospice de Perreux, à Boudry.
M. le Dr DE REYNIER, Crêt Taconnet, Neuchâtel.
M. DEMEURON, Président du Conseil d'Administration de Préfargier.
M. HAEFLIGER, Président de la Société de Développement de la Ville de Neuchâtel.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ALGERIE

Gouvernement général : M. le Professeur Porot, de la Faculté de médecine d'Alger, chargé du Service psychiatrique.

BELGIQUE

Gouvernement belge, Ministère de la Justice : M. le Docteur Ernest de Craëne.

Société de Médecine mentale de Belgique : M. le Docteur Vermeylen, Professeur à l'Université de Bruxelles (Président), et M. le Docteur Alexander.

Société belge de Neurologie : M. le Docteur de Craëne, agrégé de l'Université de Bruxelles ; M. le Docteur J. Titeca, Agrégé de l'Enseignement Supérieur de Bruxelles.

ESPAGNE

Ligue espagnole d'hygiène mentale : M. le Dr Mira, président; M. le Dr José Germain, secrétaire général.

FRANCE

Ministère de la Santé publique et de l'Education physique : M. le Docteur Dequidt, Inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur ; M. Lévêque, Chef de Bureau de l'Administration centrale.

Ministère de la Guerre : M. le Docteur Pommé, Professeur au Val-de-Grâce.

Ministère de la Marine : M. le Médecin en Chef de 1re classe HESNARD.

Conseil général de la Seine : M. le Docteur CALMELS et M. NEVEU.

Préfecture de la Seine : M. F. VARENNE, Directeur des Affaires départementales.

Préfecture de police : M. YETEL, Directeur-Adjoint à la Direction de l'Administration et de la police générales, et M. le Docteur BROUSSEAU.

Société Médico-psychologique : M. René CHARPENTIER, vice-président ; M. P. COURBON, secrétaire général ; MM. COLLET, MARCHAND, PÉRON, PETIT, Th. SIMON.

Société de Neurologie de Paris : MM. Henri CLAUDE, BARRE, LAIGNEL-LAVASTINE, FRIBOURG-BLANC, HEUYER, KREBS et CHRISTOPHE.

Société française de Psychologie : M. le Docteur René CHARPENTIER, ancien président.

Société de Médecine légale de France : M. le Docteur CROUZON, les Professeurs LAIGNEL-LAVASTINE et FRIBOURG-BLANC.

GRANDE-BRETAGNE

Royal Médico-psychological Association : M. le Docteur DONALD-ROSS, Tigh-na-Linne, Lochgilphead, Argyll (Scotland); M. le Docteur A. WALK, Cane Hill Mental Hospital, Coulsdon (Surrey).

ITALIE

Société italienne de Neurologie et Société italienne de psychiatrie : M. le Professeur Art. DONAGGIO, président.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal, Assistance publique et Service sanitaire : M. le Docteur Albert HANSEN, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbruck.

MAROC

Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques : M. le Docteur Donnadieu, de Berrechid.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : M. le Professeur Elysio de Moura.

SUISSE

Société suisse de Neurologie : M. le Docteur Brun, président.

Société suisse de Psychiatrie : M. le Docteur Flournoy, Privat-Docent à l'Université de Genève, président ; M. le Docteur Stutz, Médecin-Directeur de l'Etablissement psychiatrique de Bâle-Campagne, à Liestal, vice-président.

TURQUIE

Université d'Istamboul : M. le Professeur Mazhar-Osman-Uzman.



PRÉSIDENTS DE SÉANCES

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

Le Docteur Brun (de Zurich), Président de la Société suisse de Neurologie.
Le Professeur de Craëne (de Bruxelles).
Le Professeur de Moura (de Coïmbra).
Le Docteur Flournoy (de Genève), Président de la Société suisse de psychiatrie.
Le Professeur Guillain (de Paris), Membre de l'Académie de Médecine.
Le Professeur Klaesi (de Berne).
Le Professeur P. Janet (de Paris), Membre de l'Institut.
Le Professeur Löffler (de Zurich), Doyen de la Faculté de Médecine.
Le Professeur H.-W. Maier (de Zurich).
Le Professeur M. Minkowski (de Zurich).
Le Professeur O. Véraguth (de Zurich).
Le Docteur A. Walk (de Coulsdon-Surrey).

LISTE

DES MEMBRES TITULAIRES

DE L'ASSOCIATION

DES MEMBRES ADHÉRENTS, DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA XLe SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES TITULAIRES DE LA SESSION

1° MEMBRES TITULAIRES A VIE

Pr Abadie, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Pr Combemale, Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr de Fischer, 8, rue Taubenstrasse, Berne (Suisse).
Pr Guillain, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris (7e).
Dr Lagriffe, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Pr Lépine, 1, Place Gailleton, Lyon (Rhône).

2° MEMBRES TITULAIRES

Dr Alliez, 26, rue Edouard-Delanglade, Marseille (Bouches-du Rhône).
Dr Abély (Paul), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Adam (Frantz), Médecin-Chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr Adam (E.), Médecin-Directeur, Asile St-Georges, Bourg (Ain).
Dr Alexander (Marcel), 56, rue St-Georges, Bruxelles (Belgique).
Dr Allamagny, Clinique St-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Arsimoles, Médecin-Directeur, Asile de Hoerdt (Bas-Rhin).
Dr Artur (R.), 3, rue Amiral-Réveillère, Brest (Finistère).
Dr Aymès, 3, rue St-Dominique, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Bally, 59, Gladbachstrasse, Zurich 7 (Suisse).
Dr Bargues, Médecin-Chef, Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).
Pr Barré (J.-A.), 18, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Baruk (Henri), Médecin-Chef, Maison Nationale, Saint-Maurice (Seine).
Dr Bastié, Médecin-Chef, Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Pr Baudouin, 5, rue Palatine, Paris (6e).
Dr Bauer, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr Bériel (M.-H.), 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr Bersot, Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).

Dr BILLET, Maison de Santé Rech, Pont-Saint-Côme, Montpellier (Hérault).

Dr BINSWANGER (Kurt), 15, Moussoustrasse, Zurich (Suisse).

Dr BINSWANGER (L.), Kreuzlinzen, Thurgovie (Suisse).

Dr BIOT (René), 30, Cours Albert-Thomas, Lyon (Rhône).

Pr VAN BOGAERT (Ludo), 16, avenue Reine-Elisabeth, Anvers (Belgique).

Dr BONHOMME, Médecin-Directeur, 17, rue Penthièvre, Sceaux (Seine).

Dr BOREL, Hospice Central de Perreux-sous-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr BOUR, Sanatorium de la Malmaison, 4, place Bergère, Rueil (Seine-et-Oise).

Dr BOURILHET (M.-D.), Asile de Ste-Catherine, Moulins (Allier).

Dr BOURGUIGNON, 15, rue Royer-Collard, Paris (5e).

Dr BRETOIGNE DU MAZEL (DE LA), Sous-Directeur de la Santé et de l'Hygiène, Rabat (Maroc).

Dr BROUSSEAU, 109, avenue Henri-Martin, Paris (16e).

Dr BURCKARD, Médecin-Chef, Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Dr BUSQUET (Tomas), 10, Paseo de la Republica, Barcelone (Espagne).

Dr BRUN, Zurichbergst, 88, Zurich (Suisse).

Dr BRUNERIE, 117, Cours Lafayette, Lyon (Rhône).

Dr BUSSARD, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr BUVAT, (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (13e).

Pr BOVEN, 2, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).

Dr CALMETTES, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

Dr CARBILLET, Médecin-Chef, Asile Ste-Catherine, Yzeure, près Moulins (Allier).

Dr CHARON (P.), Le Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).

Dr CHARON (R.), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).

Dr CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr CHRISTOPHE, 78 *bis*, avenue Henri-Martin, Paris (16e).

Pr CLAUDE (Henri), 11, rue Ampère, Paris (17e).

Dr CODET, 10, rue de l'Odéon, Paris (16e).

Dr CONREUR (C.), Asile de Dave, près Namur (Belgique).

Dr COSSA, 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr COURBON, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr CRÉMIEUX, 255, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Courjon (Rémi), Médecin-Directeur, Etablissement de Meyzieux (Ain).
Dr Crouzon, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).
Pr Cruchet, 12, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).
Dr Cullerre (Mlle), Asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

Dr Dardenne, Médecin-Chef, Maison de Santé de Dave (Belgique).
Pr Dechaume (Jean), 13, quai Victor-Augagneur, Lyon (Rhône).
Dr Decourt, Médecin des Hôpitaux, 70, avenue Rapp, Paris (7e).
Pr De Craene (Ern.), 48, rue du Lac, Bruxelles (Belgique).
Dr Dedieu-Anglade (D.), 1 *bis*, rue Pedroni, Bordeaux (Gironde).
Dr Dedieu-Anglade (R.), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Delaunois, Maison de Santé de Bon-Secours, Peruwelz-Hainaut (Belgique).
Dr Delmas (Ach.), Médecin-Directeur, Maison de Santé, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine).
Dr Demay, Médecin-Chef, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Deschamps (Mlle), Médecin-Directeur, Asile de Rodez (Aveyron).
Dr Descomps, 44, rue de Lille, Paris (7e).
Dr Desruelles, Médecin-Chef, Asile de Ste-Ylie, par Dole (Jura).
Dr Devay (F.), 192, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liége (Belgique).
Pr Donaggio (A.), Faculté de Médecine de Bologne (Italie).
Dr Donnadieu, Médecin-Chef, Asile de Ber Rechid (Maroc).
Dr Dublineau, 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord).
Dr Dubois (J.), 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Duchêne, Médecin-Chef, Asile de Lorquin (Moselle).

Pr Elysio de Moura, Université de Coïmbra (Portugal).
Pr Euzière, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).
Dr Evrard, Villa du Belvédère Henri-Chapelle, Liége (Belgique).
Dr Ey (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Dr Fail, Médecin-Chef, Asile Ste-Marie, Privas (Ardèche).
Dr Fay, 9, rue de Sontay, Paris (16e).
Dr Feyeux (Mlle), 40, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr Flournoy, 6, rue de Monnetier, Genève (Suisse).
Dr Focquet, Médecin, Asile de Dave, près Namur (Belgique).
Dr Forel, Les Rives de Prangins, prés Nyon (Suisse).
Dr Frey, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Pr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, Médecin-Chef, Hospices de Tours (Indre-et-Loire).
Pr Froment, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Garand (O.), Médecin-Directeur, Château de Garches, 2, Grande-Rue, Garches (Seine-et-Oise).
Dr Garcin (R.), Médecin des Hôpitaux, 19, rue de Bourgogne, Paris (7e).
Dr Gardien, Asile de Ste-Ylie, par Dole (Jura).
Dr Gauducheau, 36, boulevard Delorme, Nantes (Loire Inférieure).
Dr Génil-Perrin, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (7e).
Dr Gilles, Médecin-Directeur, Asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Goemans, Médecin du S.A.P., Merxplas (Belgique).
Dr Guiraud, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Giuseppe Franchini, Via Croce A, Picenza (Italie).
Dr Gorriti (Fernando), Colonia National de Alienados Open Door, F.C.P., Province de Buenos-Aires (Argentine).
Dr Godefroy Meyer, Solisana, Guebwiller (Haut-Rhin).

Dr Hacquard, Médecin-Chef, Asile Ste-Athanase, Quimper (Finistère).
Dr Hamel, Asile de Maréville, Laxou, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Hansen, Maison de Santé d'Ettelbruck (Luxembourg).
Pr Hesnard, Littoral F.-Mistral, Mourillon, Toulon (Var).
Dr Heuyer, 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (7e).
Dr Hoven (H.), Médecin-Directeur, Asile de Mons (Belgique).
Dr Hugues, Asile de Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).
Dr Hyvert, Médecin-Chef, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Jude, (Médecin-Général), 18, rue Château-Payan, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Kapsalas, Kifissia par Athènes (Grèce).
Dr Knud Winther, Frimodtsvej 3, Kobenhague-Hellerup (Danemark).

Pr Ladame, Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Pr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, Place de Laborde, Paris (8e).
Dr Larrivé, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr Lassale, Médecin-Directeur, Asile St-Lizier (Ariège).
Dr Lauzier, Médecin-Chef, Asile de Clermont (Oise).
Pr Leclercq, 227, boulevard de la Liberté, Lille (Nord).
Dr Léculier, Asile de Begard (Côtes-du-Nord).

Pr Le Grand, 27, rue de la Bassée, Lille (Nord).
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef des Hospices, 18, rue Beeckmann, Liége (Belgique).
Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Dr Leulier, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Pr Lévi-Bianchini, Asile Nocera Inferiore, Salerno (Italie).
Pr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 48, avenue Victor-Hugo, Paris.
Pr Ley (A.), avenue du Prince-d'Orange, 200, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (J.), 11, rue de la Luzerne, Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (R.), 10, avenue de la Ramée, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Loewenstein, 127, avenue de Versailles, Paris (16e).

Pr Maier (Hans), Burghölzli, Zurich (Suisse).
Dr Maillard (G.), 2, rue Dispan, L'Hay-les-Roses (Seine).
Dr Magnand, Asile de Saint-Dizier (Hte-Marne).
Dr Marchand, 47, rue Falguière, Paris.
Dr Martel (Th. de) 18, rue Weber, Paris (16e).
Dr Martin-Sisteron, 14, boulevard Edouard-Rey, Grenoble (Isère).
Dr Martimor (E.), Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Masquin, 10, rue Annamelle, Avignon (Vaucluse).
Dr Massot, Médecin-Chef, Asile Ste-Madeleine, Bourg (Ain).
Dr Maupaté, 9, quai des Dominicains, Douai (Nord).
Dr Medakovitch, Villa Etche Malou, avenue de la Marne, Biarritz (Basses-Pyrénées).
Dr Meignant, 8, rue St-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Menuau, Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Dr Mestralet (A.), Médecin-Chef, Maison de Santé Saint-Jean-de-Dieu, 25, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Meuriot, Médecin-Directeur, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (S.-et-O.).
Dr Miranda (H. de), 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde).
Dr Monnier, 1, square A.-Cachot, Paris (13e).
Dr de Montet, Mont-Pèlerin, Corseaux, Vevey (Suisse).
Dr Morat, 10, rue Coutureau, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Moreau, 15, rue des Augustins, Liége (Belgique).
Dr Morel (Mlle), Asile de Quatre-Mares, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr de Morsier, 8, rue de l'Hôtel de Ville, Genève (Suisse).

Dr Mouchette, Médecin-Chef, 108, rue de Paris, Rennes (I.-V.).
Pr Nayrac (P.), 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Neuhaus (Henri), 3, Rosinsgasse, Bienne (Suisse).
Dr Neve, à Lessines (Belgique).
Dr Noyer, Asile de Mont-de-Marsan (Landes).

Dr Olivier, 34, avenue Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Ollivier, Asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Pactet, Médecin Honoraire des Asiles de la Seine, Pavillon Colbert, Châtenay (Seine)
Dr Parant, Médecin-Directeur, Maison St-Loup, par Saint-Géniès (Hte-Garonne).
Dr Paul-Boncour, 164, Faubourg St-Honoré, Paris (8e).
Dr Pezet, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr Pellissier, 41, boulevard Longchamp, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Perret, Médecin-Chef, Asile de Braqueville près Toulouse (Hte-Garonne).
Dr Peron (N.), Médecin des Hôpitaux, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr Perrussel, Asile Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Petit (G.), 2, avenue Jean-Jaurès, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Peyre, Médecin-Commandant, 3, rue Régis, Paris.
Dr Picard, Médecin-Directeur de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
Dr Pommé, Professeur au Val-de-Grâce, 7, rue José-Maria-de-Hérédia, Paris (7e).
Dr Porc'her (Y.), Asile de Villejuif (Seine).
Dr Porot, Clinique St-Raphaël, El Biar, Alger.
Dr Pouffary, Asile du Bon Sauveur, Pont-l'Abbé, Picauville (Manche).
Dr Poursines, Professeur, Faculté de Médecine de Beyrouth (Syrie).
Dr Prince, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Ht-Rhin).

Pr Raviart, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Renaux, Asile Ste-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Répond (A.), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Robert, 37, rue Rouget-de-l'Isle, Auch (Gers).
Pr Rodriguez-Arias, Via Augusta, Letra R., Barcelone (Espagne).
Pr Roger (H.), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Rondepierre, Médecin-Directeur, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).

Dr Ross (Donald), Medical Superintendant Mental Hospital, Lochgilphead (Angleterre).
Dr Rouart, 40, rue de Villejust, Paris (16e).
Dr Rougean, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).
Dr Ruyssen Fils, 29, rue du Collège, Dunkerque (Nord).
Dr Riggenbach, Friedmatt, Bâle (Suisse).
Dr Riggenbach (Mme), Friedmatt, Bâle (Suisse).

Dr Savoy, Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Salomon, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Pr Santenoise, 96, rue de Strasbourg, Nancy (M.-et-M.).
Dr Santenoise (Ach.), Asile de Ste-Ylie, près Dole (Jura).
Dr Saussure (de), 2, Tertasse, Genève (Suisse).
Dr Schiff, 14, rue César-Frank, Paris (15e).
Dr Schutzenberger, Médecin-Chef, Asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Sizaret, Médecin-Directeur, Asile de Mayenne (Mayenne).
Dr Sizaret (A.), Médecin-Directeur, Asile de Lorquin (Moselle).
Dr Schmite, 28, rue de Turin, Paris.
Dr Simon, Médecin-Chef, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr Targowla, 169, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr Tarrius (J.), 22, avenue Junot, Paris (18e).
Dr Titeca (J.), 226, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles (Belgique).
Dr Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e).
Dr Toye, Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr Trivas, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Vandervelde (Mme Jeanne), Résidence Palace, 38 *bis*, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr Vernet (G.), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Pr Vermeylen, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles (Belgique).
Dr Verstraeten, Asile de Caritas, Melle-les-Gand (Belgique).
Dr Vervaeck (P.), 35, rue Verhulst, Uccle-Bruxelles (Belgique).
Dr Viallefont, 4, Passage Sonjon, Montpellier (Hérault).
Dr Vidal (J.), 2, rue Stanislas-Digeon, Montpellier (Hérault).
Dr Vié, Colonie d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr Vieux, Divonne-les-Bains (Ain).
Dr Vignaud, 4, avenue d'Orléans, Paris.
Dr Vincent (Clovis), Médecin des Hôpitaux, 78, avenue Kléber, Paris (16e).
Dr Vullien, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Vurpas, 161, rue de Charonne, Paris.

MEMBRES ADHÉRENTS A LA 40e SESSION

Dr Abély (Xavier), (M.C.), Asile de Villejuif (Seine).
Dr Arnaud la Pernone, Roquevaire (Bouches-du-Rhône).
Dr Aubin, 16, rue de Navarin, Paris (9e).
Dr Aschner, Lichtenfeldgasse 1, Vienne (Autriche).

Dr Bahia Junior, Directeur de l'Hôpital Coude Ferreira, Porto (Portugal).
Dr Beaudouin (M.C.), Asile de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Bessière (M.C.), Asile d'Evreux (Eure).
Dr Beyerman, Koningsplein 29, Delft (Pays-Bas).
Dr Bosc, Villa Athéna, Allée Faust, Arcachon (Gironde).
Pr Boschi, Via Volsapalesso 11, Ferrara (Italie).
Dr Boss, Knonau, Zurich (Suisse).
Dr Bourrat, 39, Cours Gambetta, Lyon (Rhône).
Dr Brissot (M.C.), Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr Brunner, Kusnacht, Zurich (Suisse).
Dr Brunnschweiler, 5, Place St-François, Lausanne (Suisse).
Dr Buisschaert, avenue des Moines, Gand (Belgique).
Dr Beno, Malévoz-Monthey, Valais (Suisse).

Dr Casalis (B.), Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Casalis (B.) (Mme), Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Chabert, 8 *a*, rue Lafayette, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Charuel, Droyes, par Montierender (Hte-Marne).
Dr Christoffel, 21, Albanvorstadt, Bâle (Suisse).
Dr Christy (M.C.), Asile du Mans (Sarthe).
Dr Convers (M.C.), Maison de Santé de Vaugneray (Rhône).
Dr Calmels, 22, avenue des Gobelins, Paris.
Dr Cart, 60, avenue de Rumine, Lausanne (Suisse).

Dr Daday, 57, Grande-Rue, St-Maurice (Seine).
Dr Dausset, Président de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, 10, rue Cortot, Paris (18e).
Dr Delmas-Marsalet, 144, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Bordeaux (Gironde).
Dr Dimtza, 2, Ramistrasse, Zurich 1 (Suisse).

Dr Doussinet, 1 rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Dubois, 20, Falkenhöheweg, Berne (Suisse).
Dr Ducos, M.C., Asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).
Dr Ducoudray, 35, avenue Gambetta, Albi (Tarn).
Dr Doepfer, Eimzingen, Berne (Suisse).
Dr Danjou, Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse).

Dr Eissen (M.D.), Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Dr Fouque (M.C.), Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
Pr Favre, Tertasse, Genève (Suisse).
Dr Feuillade, 19 *bis*, quai Tilsitt, Lyon (Rhône).
Dr Frank, 16, Freudenbergst, Zurich (Suisse).
Dr Frey, Mühlestr. Rüschlikon, Zurich (Suisse).

Dr Garnier (M.C.), Erlachstrasse 15, Berne (Suisse).
Dr Gauthier, 18, avenue Berthelot, Lyon (Rhône).
Dr Gelma, 8, rue Schiller, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Gerruor, Direction General de Sanidad, Madrid (Espagne).
Dr Gevaudan, Directeur de l'Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Godard, 105, rue de Brest, Dinan (Côtes-du-Nord).
Dr Got (M.C.), Asile de Sarreguemines (Moselle).
Dr Guiard (M.C.), Asile de Clermont (Oise).
Dr Guichard, 77, Route de Levens, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr Guillerey, La Métairie, Nyon, Vaud (Suisse).
Dr Guisan (P.), Vennes-sur-Lausanne (Suisse).
Dr Groeneweld, 48, Jan Lenkenstrasse, Amsterdam (Hollande).

Dr Hamerlynck, M. de l'Asile Eecloo (Belgique).
Dr Heernu, 96, boulevard Brand-Whitlock, Bruxelles (Belgique).
Dr Henry (Marthe), 2, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e).
Pr Hess, Physiologisches Institut, Zurich (Suisse).
Dr Humbert (F.), Bellelay, Jura Bernois (Suisse).
Dr Humbert, Médecin, Asile de la Waldau, Berne (Suisse).

Dr Izaac (M.C.), Asile de Montdevergues (Vaucluse).

Dr Jabouille (M.C.), Asile de Rouffach (Ht-Rhin).
Dr Jacob (Elisabeth), 30, rue Jullien, Alençon (Orne).
Pr Janet (P.), 54, rue de Varenne, Paris (7e).
Dr Jung (E.), 9, Raimmattstr., Berne (Suisse).
Dr Jourdran, Asile St-Robert, St-Agrève (Isère).

Dr Kielholz, Königsfelden, Argovie (Suisse).
Dr Koller, Préfargier, Neuchâtel (Suisse).

Dr Krebs, 36, rue de Fleurus, Paris (6e).
Pr Klaesi, (M.D.), Asile de la Waldau, Berne (Suisse).
Dr Lafourcade, 3, Petite Place Carnot, Beaune (Côte-d'Or).

Dr Lammens, 21, rue Walbourg St-Nicolas, Waes (Belgique).
Dr Lanszweert, Meirelbeke (Belgique).
Dr Leconte, Interne des Asiles, 6, rue Georges-de-Porto-Riche, Paris (14e).
Dr Leconte-Lorsignol (Mme), Interne des Hôpitaux, 6, rue Georges-de-Porto-Riche, Paris (14e).
Dr Leibovici, 18, quai Lucie, Champigny-sur-Marne (Seine).
Dr Le Guillant (M.D.), Asile de La Charité (Nièvre).
Dr Lehmann, 9, boulevard Péreire, Paris (17e).
Dr Le Maux (M.C.), Asile de Clermont (Oise).
Dr Le Savoureux, La Vallée aux Loups, Chatenay, Malabry (Seine).
Dr Le Savoureux (Mme), La Vallée aux Loups, Chatenay, Malabry (Seine).
Dr Lestchinski, Territet, Vaud (Suisse).
Dr Lickens, 124, rue du Pas, Gheel (Belgique).
Pr Löffler, 44, Zurichberstrasse, Zurich (Suisse).
Dr Loup (M.D.), Asile Breuty la Couronne (Charente).
Pr Lowenstein (Otto), La Métairie, Nyon, Vaud (Suisse).
Dr Luthy, Mühlebachstrasse 119, Zurich (Suisse).
Dr Lutz, Kantonchulstrasse I, Zurich (Suisse).
M. Lebigot, Conseiller municipal, Préfecture de la Seine, Paris.
M. Lévêque, Ministère de la Santé publique, Paris.
Dr Littmann, Stockerstrasse I, Zurich (Suisse).

Dr Martrille (Mlle), (M.C.), Asile de La Charité (Nièvre).
M. Mathey, Interne, Maison Nationale de Santé, St-Maurice (Seine).
Dr Medevedeff, 10, rue de l'Ermitage, Montmorency (S.-et-O.).
Dr Meeussen, Colonie de Gheel (Belgique).
Pr Minkowski (M.), Freilstrasse 55, Zurich (Suisse).
Dr Minkowski (E.), 132, boulevard Montparnasse, Paris.
Dr Minkowska (Mme), 132, boulevard Montparnasse, Paris.
Pr Mira, 35, Rambla de Cataluna, Barcelone (Espagne).
Dr Mir Sepassy, 38, rue de Marseille, Lyon (Rhône).
Dr Morgenthaler, 17, Schanzenbergstrasse, Berne (Suisse).
Dr Muller, Münsingen, Berne (Suisse).
Dr Mashar Osman Uzman, Professeur de Clinique à l'Université de Istanbul (Turquie).
Dr Moos (Walter), 18 Seefeldstrasse, Zurich 8 (Suisse).

Pr Nager, 20, Freieistrasse, Zurich 7 (Suisse).
Dr Nyssen, Longue Rue Lozane, 224, Anvers (Belgique).

Dr Oskar Diethelm, Payne Whitney Psych. New-York Hospital, 525, E., 68th Street, New-York (E.-U.).

Dr Palézieux (de), 23, Belpstr., Berne (Suisse).
M. Perchot, Ancien Sénateur, Président de la Société « Abri et Foyer », 51, avenue Henri-Martin, Paris.
M. Pérot, Interne de l'Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

Dr Régis, Médecin-Chef, Asile de Cadillac (Gironde).
Dr Rademackers, Colonie de Gheel (Belgique).
Dr Répond (Mme), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Riquet, Médecin-Chef, Asile de Bron (Rhône).
M. Ribadeau-Dumas, 45, rue Ampère, Paris (17e).
Dr Richard, Cret Taconnet, 40, Neuchâtel (Suisse).
Dr Rouquier, Médecin, Lieutenant-Colonel, 5, rue Lyautey, Nancy (M.-et-M.).
Dr Royer, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
M. Rozeneweig, Interne, Asile Ste-Anne, Mont-de-Marsan (Landes).
Dr Rubbens (Tony), Médecin à Lede (Belgique).

Dr Sarradon, 78, rue de la Cannebière, Marseille (B.-du-R.).
Dr Sigg, Attenhoferstrasse 17, Zurich (Suisse).
Dr Schwartz (L.), Schützenmattstrasse 40, Bâle (Suisse).
Dr Schwartz, à la Faculté de Médecine de Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Schmid, Munchenbruchsee, Berne (Suisse).
Dr Segers, 4, rue de l'Eglise, Lokeren (Belgique).
M. Sobral (Cid), Asile Bombarda, Lisbonne (Portugal).
Pr Steck, Cery, par Prilly, Vaud (Suisse).
Dr Stutz, Liestal, Bâle (Suisse).
Pr Staehelin, Friedmatt, Bâle (Suisse).

Dr Tauber, 8, Monbijoustrasse, Berne (Suisse).
Dr Teulié, Asile de Vauclaire, par Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr Tramer, La Rosegg, Soleure (Suisse).
Dr Triqueneaux, 21, rue de France, Avesnes (Nord).

M. Varenne, Directeur des Affaires départementales, 2, rue Lobau, Paris (14e).
Dr Verwinp, 39, rue de la Station St-Nicolas, Waes (Belgique).
M. Vetel, Directeur-Adjoint, Préfecture de Police, Paris.
Dr Vian, Médecin des Hôpitaux, 49, rue Pastorelli, Nice (A.-M.).
Dr Villard, 8, rue Edouard-Grimaux, Poitiers (Vienne).
Dr Voita Marsens, Fribourg (Suisse).

Dr Van Hirtum (M.C.), Asile St-Gervais, près Namur (Belgique).
Pr Véraguth, 90, Gladbachster, Zurich (Suisse).

M. Walk, Cane Hill Mental Hospital Coulsdon, Surrey (Angleterre).
M. Walther, Monbijoustrasse 39, Berne (Suisse).
Dr Weber, La Waldau Ostermundingen, Berne (Suisse).
M. Weil (A.), 303, East Chicago Avenue, Chicago 3 (E.-U.).
Dr Wyrsch, La Waldau Ostermundingen, Berne (Suisse).

MEMBRES ASSOCIÉS A LA 40e SESSION

Mme Alexander.
Mme Allamagny.
Mme Arnaud.

Mme Bauer.
M. Benoziglio.
M. Berlalier.
Mme Berlalier.
Mme Beyerman.
Mme Beaudouin.
Mme Benziger.
Mlle Berthier.
Mme Bessière.
Mme Binswanger (K.).
M. Bombeeck.
Mme Bombeeck.
Mme Bonhomme.
Mlle Bonhomme.
M. Bonhomme.
Mme Bourrat.
Mme Brousseau.
Mme Brissot
Mme Brun.
Mme Brunner.
Mme Brunerie.

Mmes Calmels (3).
Mme Cart.
Mme Casalis-Feer.
M. Chabot.
Mme Chabot.
Mme Charuel.
Mlle Charuel.
Mme Charon (P.).
Mlle Chauvin.
Mlle Chavange.
M. Cohn-Hoffmann.
Mme Christy.
Mme Collet.
Mme Combemale.
Mme Convers.
Mme Courbon.

M. Daday.
Mlle Daday.
Mlle Dambies.
M. Decombe.
Mme Decombe.
Mlle Decombe.
Mlle Devillé (H.).
Mlle Devillé (M.).
Mme Donnadieu.
Mme Danjou.
Mme Dubois.
Mme Ducos.
Mme Ducoudray.

Mme Descomps.
Mlle Descomps.
Mme Desruelles.
Mme Dardenne (E.).
M. Dardenne (J.).
Mme Dardenne (J.).

Mme Eissen.
Mlle Eissen.

Mme Fail.
Mme Feer.
Mme Feuillade.
Mme Flournoy.
Mme Focquet.
Mme Fouque.
Mme Franchini.

Mme Garcin.
Mme Gardien.
Mme Gauthier.
Mlle Gauthier.
Mlles Gevaudan (2).
Mme Godard.
Mme Gœmans.
Mme Guiard.
Mme Guillain.
Mlle Guillain.
Mme Guisan.
Mlle Guisan.

Mme Hamel.
Mme Hansen.
Mme Hesnard.
Mme Humber.

Mme Izac.

Mme Janet.
Mlle Jourd'heuil.
Mme Jourdran.

Mme Lafourcade.
Mlle Lammens.
Mme Lanszweert.
Mme Lauzier.
Mme Lassalle.
Mme Léculier.
Mme Lebigot.
Mlle Le Fort.
Mme Lehmann.
Mme Leibovici.
Mme Leroy.
Mme Lévy-Valensi.
Mlle Lévy-Valensi (O.).
Mlle Lévy-Valensi (G.).
Mme Littmann.

Mme Marchand.
Mme Martimor.
M Mazhar Osman.
Mme Meroy.
Mme Meignant.
Mme Meuriot.
Mme Medvedeff.
Mlle Medvedeff.
Mme de Miranda.
Mme Mira.
Mlle Mira (E.).
Mlle Mira (P.).
Mme de Morsier.
Mme Morgenthaler.
Mme Muller.
Mme Meeussen.
Mme de Moura (Elysio).

Mme Nyssen.

Mme Olivier.
M. Olivier (Max).
Mme Olivier (Max).

Mme Paul-Boncour.
Mme Péron.
Mme Perchot.
Mme Petit.
Mme Pezet.
Mlle Pezet.
Mlle Porot.

Mme Régis.
Mme Ribadeau-Dumas.

Miss RICHARDSON.
Mme REDDON.
Mlle RÉPOND (R.).
Mlle RÉPOND (M.).
Mme ROGER.
Mlle ROGER.
M. ROGER.
Mme RONDEPIERRE.
Mme ROYER.
Mme RONGEAU.
Mme ROUQUIER.
Mme RADEMAECKERS.

Mme SARRADON.
Mme DE SAUSSURE.
Mme SEGERS.
Mme SCHMITE.
Mme SCHWARTZ.
Mme SIGG.
M. DE SMET.
Mme DE SMET.
Mme SOBRAL-CID.

Mme TITECA.
Mme TEULIÉ.
Mme TOYE.
Mme TRAMER.
Mlle TRIQUENEAUX.

Mme VARENNE.
Mme VERSTRAETEN.
Mlle VERWIMP.
Mme VIAN.
Mlle VIAN.
Mme VOITA.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

ALLIER. — Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.
ALLIER. — Asile d'aliénés d'Yzeure, près Moulins.
ARDÈCHE. — Asile Ste-Marie, Privas (Ardèche).
ARIÈGE. — Asile de St-Lizier.
BASSES-PYRÉNÉES. — Asile Saint-Luc, Pau.
BAS-RHIN. — Asile de Stephansfeld, près Strasbourg.
CALVADOS. — Etablissement du Bon-Sauveur, Caen.
CHARENTE. — Asile de Breuty-la-Couronne.
CHARENTE-INFÉRIEURE. — Asile de Lafond, près La Rochelle.
CHER. — Colonie Familiale de Dun-sur-Auron.
CHER. — Asile de Beauregard, Bourges.
CÔTE-D'OR. — Asile de la Chartreuse, Dijon.
CÔTES-DU-NORD. — Asile du Bon-Sauveur, de Bégard.
CÔTES-DU-NORD. — Société et Abri, Asile de Plouguerneval.
DORDOGNE. — Asile de Vauclaire.
EURE-ET-LOIR. — Asile de Bonneval.
FINISTÈRE. — Asile de Quimper.
GERS. — Asile d'Auch.
ISÈRE. — Asile St-Robert, St-Egrève, près Grenoble (Isère).

JURA. — Asile Ste-Ylie, près Dole (Jura).
LANDES. — Asile de Mont-de-Marsan.
LOIRET. — Asile de Fleury-les-Aubrais.
LOIR-ET-CHER. — Maison de Santé départementale de Blois.
LOZÈRE. — Asile de Saint-Alban.
MORBIHAN. — Asile de Lesvellec, près Vannes.
MEURTHE-ET-MOSELLE. — Asile de Maréville, près Nancy.
MOSELLE. — Asile d'Aliénés de Lorquin.
NIÈVRE. — Asile de la Charité-sur-Loire.
NORD. — Asile d'Aliénés d'Armentières.
NORD. — Asile d'Aliénées de Bailleul.
OISE. — Asile de Clermont.
ORNE. — Asile d'Aliénés d'Alençon.
PUY-DE-DÔME. — Asile Ste-Marie, 10, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand.
BAS-RHIN. — Maison de Santé de Hoerdt.
HAUT-RHIN. — Asile de Rouffach.
RHÔNE. — Asile de Bron, près Lyon.
SARTHE. — Asile d'Aliénés, Le Mans.
SAVOIE. — Asile d'Aliénés de Bassens.
SEINE. — Asile Ste-Anne, rue Cabanis, Paris (14e).
SEINE. — Asile de Villejuif.
SEINE-INFÉRIEURE. — Asile de Quatre-Mares, Sotteville-les-Rouen.
SEINE-INFÉRIEURE. — Asile de St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (S.-I.).
SEINE-ET-OISE. — Asile Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Moisselles.
SOMME. — Asile de Dury-les-Amiens.
TARN. — Asile du Bon-Secours, Albi.
VAR. — Asile d'Aliénés de Pierrefeu.
VAUCLUSE. — Asile de Montdevergues.

SÉANCE INAUGURALE

SÉANCE INAUGURALE DU 20 JUILLET

*La séance solennelle d'ouverture de la XL*e *session a eu lieu le 20 juillet 1936, à 9 heures, dans la grande salle du Bischofshof à Bâle, sous la présidence de* M. Imhof, *délégué du Conseil fédéral.*

Sur l'estrade avaient pris place M. le Conseiller d'Etat Imhof, *le Professeur* Haab, *Recteur de l'Université de Bâle et le Bureau de la XL*e *session.*

Dans l'assistance, très nombreuse, l'on remarquait : MM. les Consuls de Belgique, de France et de Portugal ; M. le Professeur Staehelin, *Doyen de la Faculté de Médecine ;* M. Christ de Neufville ; M. Burckhard.

M. le Conseiller d'Etat Imhof, *après avoir prononcé une courte allocution de bienvenue déclara ouverte la XL*e *session des Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française et donna la parole au Professeur* Haab, *Recteur de l'Université de Bâle, puis aux délégués officiels et au Docteur* Répond, *Président suisse de la XL*e *session ; enfin le Docteur* O. Crouzon, *Président du Congrès, prononça le discours d'usage.*

Allocution de M. le Conseiller A. Imhof

Membre du Conseil d'Etat du Canton de Bâle-Ville
Président de la Séance Inaugurale

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

La réunion dans notre pays et dans notre ville d'un Congrès de savants et de praticiens tel que le vôtre est un événement si rare et si heureux que vos hôtes suisses s'en félicitent tous très vivement.

M. le Conseiller fédéral Etter, Chef du Département fédéral de l'Intérieur, empêché à son grand regret de se rendre à Bâle pour cette séance d'ouverture à laquelle il avait compté pouvoir assister, a bien voulu me charger de vous souhaiter, à sa place, la bienvenue au nom du Conseil fédéral et à son propre nom. Le Gouvernement fédéral partage entièrement les sentiments de joie, d'intérêt et d'amitié qui forment l'atmosphère dans laquelle, selon nos vœux, vous allez passer les quelques jours de votre tournée en Suisse.

Le Gouvernement cantonal qui m'a délégué auprès de vous s'associe de son côté à ces sentiments et nous espérons tous que les efforts des organisateurs suisses puissent avoir été assez efficaces pour assurer aux travaux du Congrès les fruits que vous en attendez.

Ce Congrès réunit des médecins de la France et de langue française. Mais tandis que la nationalité et la langue sont une des bases de votre Association, vous avez pensé, Messieurs, qu'il peut être utile de quitter parfois cette base.

Ainsi, vous êtes venus en Suisse, vous informer de l'état des établissements destinés au traitement et à la protection des malades dont vous vous occupez spécialement et vous rendre compte des méthodes suivies par nos médecins. Ce qui vous y a poussé, c'est l'ardent désir de toujours mieux vous armer contre la maladie. Combien nous comprenons votre désir en pensant avec vous au visage hideux et terrifiant de cette maladie ! J'ose dire que nos aliénistes sentent toute la gravité des problèmes médicaux et sociaux qui se posent devant eux à chacun de leurs pas et qu'ils seront heureux de l'oc-

casion que leur offre votre Congrès, de discuter quelques-uns de ces problèmes avec leurs hôtes.

Vous commencez, Mesdames et Messieurs, votre visite dans une région de la Suisse qui n'est pas de langue française. Nous vous en sommes particulièrement reconnaissants, car cela est pour nous l'expression d'une confiance et d'une sympathie devenues, hélas, si rares dans les rapports entre les nations. Soyez convaincus que votre dénomination latine vous servira parmi nous de recommandation et que vous n'aurez pas trop de peine de vous entendre avec vos hôtes malgré la différence des langues.

Votre science s'occupe d'un des fléaux de l'humanité qui ne connaît pas de frontières. Ce qui intéresse cette science, c'est l'âme humaine, dont la constitution peut varier, mais qui, certainement, a des traits communs chez nous tous. La science vous aura enseigné de porter votre attention sur ces traits. Or, notre pays, où vivent dans une union intime des hommes de langues différentes, croit fermement à cette communauté. Voilà pourquoi vous ne vous trouverez pas à l'étranger après avoir passé notre frontière.

Soyez les bienvenus.

Allocution de M. le Professeur Haab,

Recteur de l'Université de Bâle

En ma qualité de recteur de l'Université de Bâle, l'honneur me revient de vous souhaiter la bienvenue et de vous transmettre les salutations de la Régence.

C'est avec une grande satisfaction que nous voyons se réunir en Suisse et s'ouvrir dans notre ville le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tout en faisant partie des pays de langue allemande, nous nous sentons rattachés par des liens étroits, non seulement à la culture allemande, mais encore à la culture française. Nous considérons que l'une des missions importantes de notre Université en cette contrée, où trois pays se rencontrent, est de faire la synthèse de la vie intellectuelle allemande et française. Notre admiration pour la science française va à la fois à la profondeur des idées, la clarté de

la pensée, la simplicité de l'exposé et l'élégance de l'expression.

Des relations personnelles nombreuses rapprochent notre Université des pays de langue française. Quelques-unes des personnalités les plus marquantes de notre corps enseignant sont originaires de la patrie que vous représentez ici, Mesdames et Messieurs, ou tout au moins elles appartiennent à une famille qui en est issue et l'a quittée pour venir se fixer à Bâle.

Telle cette famille des BAUHIN, de race française, qui donna au XVIe et au XVIIe siècles à notre Université des médecins et des botanistes de valeur.

De même, était natif de France, particulièrement de la Lorraine, le juriste Claude CHANSONNETTE, titulaire de la chaire de droit civil au début du XVIe siècle. Dans son travail, *Paraenesis de studio juris legalis*, il traite de la méthodologie juridique avec une conception toute moderne.

Enfin, permettez au juriste que je suis de rappeler la mémoire d'un autre savant encore de ma discipline, celle de François HOTMAN. Né à Paris, il fut docteur en droit de notre Université et c'est en notre ville qu'il termina une vie très mouvementée. Exceptionnellement doué, d'une culture universelle, à la fois historien et dogmatiste, il a par ses cours aidé à frayer la voie à l'école française de droit du XVIe siècle, que nous nommons avec raison l'école de la juriprudence élégante.

Bruxelles a été le berceau du fondateur de l'anatomie moderne, Andréas VESALIUS. Le souvenir de ce prince au royaume de la science médicale s'unit à l'histoire de Bâle. Il séjournait ici en 1543 pour surveiller l'impression de son ouvrage : « *Fabrica corporis humani* ». Bien qu'il ne fût pas membre du corps enseignant, il eut néanmoins des rapports intimes avec notre Université ; notons qu'il y tint des conférences et y démontra sa méthode de dissection en se servant du cadavre d'un décapité. Dans notre collection du musée d'anatomie se trouve encore aujourd'hui le squelette préparé par Vesalius ; c'est la pièce anatomique la plus ancienne que l'histoire reconnaisse dans le monde. Est-il besoin d'ajouter que Vesalius, par son séjour ici, exerça une influence durable sur l'enseignement de l'anatomie chez nous ?

C'est aussi d'un territoire faisant partie actuellement du royaume de Belgique qu'est issue la famille BERNOULLI ; elle

acquit ses droits de bourgeoisie à Bâle, en 1622, et fleurit encore aujourd'hui, après nous avoir donné un grand nombre de savants. Elle joue dans l'histoire de notre Université un rôle exceptionnel, car, à travers les siècles jusqu'à présent, elle n'a pas cessé d'être représentée dans notre corps enseignant par des hommes remarquables.

Je suis heureux de pouvoir saluer, parmi les participants au Congrès aussi, des médecins et des savants italiens. Nous rapportons à l'un de leurs compatriotes l'origine de notre Université, nous vénérons comme notre fondateur le grand humaniste Aemeas Sylvius Piccolomini, le futur pape Pie II, qui, par la bulle du 12 novembre 1459, donna naissance à notre Université. Par la suite, plusieurs Italiens fécondèrent le champ où nous travaillons. Au début de leur existence, les chaires de droit civil de notre Faculté ont été presque exclusivement occupées par des Italiens. Porteurs de la grande tradition des écoles italiennes de droit du moyen âge, ils nous ont transmis la connaissance du droit romain comme de l'une des plus puissantes émanations de l'esprit humain.

C'est également d'Italie que la famille Socin tire ses origines ; nous lui devons des philologues de valeur et surtout le grand chirurgien du XIXe siècle, Bernard Socin.

Je n'oublie pas que la Suisse romande elle aussi fait partie des pays de langue française ; mes compatriotes me pardonneront de ne nommer qu'un seul des leurs. Dans la première moitié du XIXe siècle, Alexandre Vinet déploya chez nous sa riche activité de théologien, de philosophe et de critique. Rien ne saurait mieux prouver l'importance gardée par son œuvre étendue que le fait qu'on en publie aujourd'hui une édition complète.

Mais tous ces liens dont nous venons de parler ne sont pas les seuls qui nous rapprochent de vous, Mesdames et Messieurs. Notre Université est intimement rattachée aussi aux sciences que vous cultivez et qui font l'objet de votre Congrès. Nous sommes fiers que dans nos rangs se soit trouvé l'un des premiers psychiatres des temps modernes. C'est de Félix Platter que je veux parler, de l'auteur de cette « *Praxis medica* » parue en l'an 1602, qui vous a donné la classification des « læsiones mentis », en *imbecillitas, consternatio, alienatio* et *defatigatio mentis*. Ne fut-il pas un des premiers à reconnaître la maladie dans les caractères de la psychose ? Devançant son époque, il chercha des voies toutes nouvelles pour

traiter les troubles mentaux. Certes, c'est pour le Congrès des médecins aliénistes un heureux présage de s'ouvrir dans la ville de Félix Platter.

Je vous souhaite que votre Congrès se passe heureusement. Puissiez-vous, enrichis de nouvelles connaissances, retourner à votre travail au service de l'humanité, à ce travail consacré à la guérison, à l'adoucissement des souffrances des malheureux les plus dignes de pitié parmi nos frères.

Allocution de M. le Professeur Porot,

Délégué du Gouvernement Général de l'Algérie

Messieurs les Présidents,

Mesdames, Messieurs,

En répondant cette fois encore à l'invitation que vous lui avez adressée, le Gouvernement général de l'Algérie a tenu à marquer l'intérêt qu'il prenait à vos travaux.

Dans l'entreprise de réorganisation de la Santé publique et de l'Assistance qu'il poursuit, la Neuro-Psychiatrie et l'Assistance mentale ont fait de sa part l'objet d'une particulière sollicitude, et, dans cette sollicitude, il a cherché à s'inspirer des données les plus récentes et des adaptations les plus modernes. Rien n'est plus profitable à ceux qui ont la charge d'éclairer l'Administration que le contact fréquent avec des spécialistes de toutes nationalités et les visites d'établissements que les pays les plus divers peuvent offrir à l'occasion de Congrès comme celui-ci.

Aussi, suis-je heureux de dire aux autorités de la Confédération Helvétique et à mes collègues suisses la joie particulière avec laquelle je remplis cette année la mission qui m'est confiée.

Dans ce pays d'esprit clair, de robuste bon sens, de tempérament réaliste, où le sens civique et l'esprit collectif ont toujours inspiré les hommes et les œuvres, je suis sûr de trouver une intéressante et utile leçon de choses. Outre les créations naturelles de votre génie industrieux, on trouve ici, en raison de la situation géographique de votre pays, un véri-

table champ d'expérimentation où s'affrontent et s'adaptent des méthodes et des doctrines d'inspirations différentes et dont vous faites la plus heureuse mise au point.

La réunion qui s'ouvre aujourd'hui dépassera, j'en suis sûr, ses promesses : il est à peine besoin de former des vœux pour son succès. Je le fais de grand cœur cependant pour sacrifier à la tradition, persuadé qu'au départ nous serons vis-à-vis de vous des débiteurs, mais des débiteurs reconnaissants de tout ce que nous aurons vu et appris.

Allocution de M. le Dr de Craëne,

Au nom des délégués du Gouvernement et des Sociétés Savantes de Belgique

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur d'apporter au 40e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, le salut du Gouvernement belge.

J'ai aussi le plaisir d'être l'interprète de mes collègues de la Société belge de Médecine mentale et de la Société belge de Neurologie pour vous transmettre les vœux qu'ils forment pour la pleine réussite de vos travaux.

A l'intime satisfaction que nous éprouvons chaque année à nous retremper dans l'atmosphère de cordiale sympathie et de labeur fécond de nos Congrès, s'ajoute cette fois, pour nous, médecins belges, la joie de retrouver tous nos amis en un pays auquel nous sommes liés par des affinités étroites et que nous admirons tout particulièrement en ces heures critiques pour sa soif d'indépendance, son esprit civique, son amour de la liberté.

Allocution de M. Lévêque,

Au nom des délégués des Ministères et des Sociétés Savantes de France

Monsieur le Conseiller fédéral,
Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

J'ai pour premier et très agréable devoir, au moment où vous ouvrez cette session de votre Congrès annuel, de vous apporter le salut du Ministre français de la Santé publique.

En se faisant représenter parmi vous, il a voulu rendre officiellement hommage à la science psychiatrique. Il a voulu, aussi, vous exprimer ses sentiments d'admiration et de reconnaissance puisque c'est grâce à vos travaux que la thérapeutique mentale fait, chaque jour, de si grands progrès, que l'assistance aux aliénés se fait, chaque jour, plus humaine et plus efficace, que l'installation de nos asiles, l'équipement de leurs laboratoires deviennent, chaque jour, plus parfaits.

Vos Congrès vous permettent de comparer les résultats obtenus par chacun de vous. Ils permettent d'en mesurer l'importance, d'en assurer le rayonnement. Ils sont comme les étapes successives des progrès de votre technique.

Au nom du Ministre de la Santé publique, je salue donc les éminentes personnalités qui sont venues, si nombreuses, pour assister à votre 40e session et aussi les membres du Bureau qui ont su prévoir, à côté des séances de travail, quelques magnifiques excursions dans cet admirable pays.

Qu'il me soit permis de leur adresser un hommage de particulière gratitude pour avoir réuni sur la terre helvétique, le Congrès de 1936. Ils nous auront permis ainsi de mieux connaître nos amis suisses, avec lesquels nous sommes unis par de profondes affinités et aussi par les liens d'une sincère reconnaissance. Il n'est pas une démocratie au monde qui ne doive quelque chose à la petite patrie suisse, terre classique de la liberté. N'a-t-elle pas, dès la fin du XIIIe siècle, donné le signal de l'affranchissement et montré, à tous les peuples, la voie des libertés républicaines.

Mais la France lui garde une particulière gratitude pour la

générosité avec laquelle elle a su, pendant la dernière guerre, accueillir nos compatriotes prisonniers venant des camps allemands.

J'ai une part personnelle dans cette dette de reconnaissance, puisqu'après 3 ans 1/2 de captivité, il m'a été donné de passer quelques mois, en 1918, sur les rives enchantées d'un des plus beaux lacs suisses. L'accueil qui nous a été réservé, à mes camarades et à moi-même, nous a laissé le souvenir impérissable d'une hospitalité accordée avec infiniment de tact, d'une hospitalité à la fois généreuse et discrète, comme seuls savent la donner les habitants de cet heureux pays.

Je vous remercie, Messieurs, de m'avoir fourni cette occasion d'exprimer une fois de plus, à la nation suisse, la gratitude des prisonniers de guerre français et de la France.

Allocution de M. le Dr A. Walk,

délégué de la Royal Medico-Psychological Association

La Royal Medico-Psychological Association, dont j'ai l'honneur d'être le délégué, m'a chargé de vous transmettre ses salutations les plus fraternelles. Les relations entre notre Association et votre Congrès ont toujours été des plus amicales, et nous connaissons tous la haute valeur de vos délibérations. C'est avec satisfaction que nous avons appris que vous vous proposiez cette année de tenir votre réunion dans les villes historiques de cette Suisse hospitalière que tout Anglais se fait un devoir et un plaisir de visiter et de revisiter. Nous savons ce que la psychiatrie doit à l'œuvre des psychiatres suisses, et nous avons eu le plaisir, cette année même, d'ajouter deux de nos confrères suisses au nombre des membres correspondants de notre Association. On ne saurait prendre la parole dans cette ville de Bâle sans faire mention du nom illustre d'Erasme, et je voudrais vous rappeler les liens qu'il y a entre Erasme et l'Angleterre. Erasme, en effet, y passa plusieurs années de sa vie, et il fut l'ami intime de l'humaniste anglais Sir Thomas More, dont l'Eglise catholique vient de célébrer la canonisation. Il paraît même que le titre de l' « Eloge de la Folie », « Encomium *Morae* », se rapporte par un jeu de mots au nom de son ami, auquel il dédia son ouvrage. Un autre lien, entre Bâle et l'Angleterre,

c'est Holbein, qui pour ainsi dire partagea sa vie entre Bâle et Londres, où il fut appelé par le roi Henri VIII. Pour revenir au Congrès, il y a parmi les sujets que vous avez choisi pour vos discussions, deux qui ont été discutés à la réunion annuelle de notre Association il y a quelques jours seulement ; ce sont l'hérédité et la thérapeutique de la psychose maniaque-dépressive, et ce sera un plaisir pour moi de vous communiquer quelques-uns des résultats auxquels on a abouti chez nous. Je termine en vous renouvelant, de la part de mon Association, les vœux les plus chaleureux pour le succès entier du Congrès.

Allocution de M. le Dr Hansen,

délégué du Gouvernement Grand-Ducal

Messieurs les Présidents,
Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Il m'incombe l'agréable mission de vous présenter à tous, en ma qualité de délégué du Grand-Duché de Luxembourg, les salutations distinguées d'un pays ami qui porte comme la Suisse par une situation « frontière » analogue l'empreinte de différentes civilisations. Depuis de longues années, la jeunesse étudiante du Luxembourg a été attirée par l'Helvétie, vrai paradis touristique et centre culturel mondial dont l'importance et l'attrait ne font qu'augmenter. Je suis fier et heureux de pouvoir représenter mon pays dans cette assemblée d'éminents confrères, dont les travaux et les recherches scientifiques poursuivent le noble but de faire progresser la Neuro-Psychiatrie, science dont personne aujourd'hui n'ose contester le rôle capital et l'influence toujours croissante que cette branche de la Médecine exerce sur l'évolution et sur le développement des sciences morales et politiques. Je suis heureux aussi de me trouver dans l'intéressante ville de Bâle, auréolée par de célèbres citoyens tels que les Bernoulli, Nietzsche, Böcklin et tant d'autres. Mon vœu le plus ardent est que notre Congrès soit couronné d'un plein succès et qu'il contribue à resserrer les liens d'amitié qui unissent le Grand-Duché à la sympathique Suisse.

Allocution de M. le Dr A. Donnadieu,

délégué de la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques du Maroc

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

Dans ce pays, que les récits de nos aînés nous ont montré toujours si accueillant à nos Congrès, j'ai l'honneur de vous apporter le salut de la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques du Maroc.

Son désir d'être représentée auprès de vous, désir qu'elle n'a pu réaliser l'an dernier — et elle s'en excuse auprès de nos amis belges — montre l'intérêt qu'elle porte à vos travaux.

Beaucoup d'entre vous ont pu se rendre compte de l'effort réalisé au Maroc pour l'assistance neuro-psychiatrique. Le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques, M. le Dr Gaud, en associant à son œuvre notre collègue, M. le Dr de la Bretoigne du Mazel, a développé encore le travail commencé sous la direction de M. le Dr Colombani.

Cette œuvre d'assistance, édifiée suivant les conceptions françaises, ne peut que profiter de vos travaux. Aussi, la Direction est-elle heureuse de vous offrir ses vœux pour la parfaite réussite de ce quarantième Congrès.

Allocution de M. le Professeur Mazhar Osman,

Délégué de l'Université d'Istanbul

Messieurs les Présidents,
Messieurs les Membres du Congrès,
Messieurs,

C'est une grande joie pour moi que de pouvoir saluer, au nom de mon Gouvernement, des Ministères de l'Hygiène et de l'Instruction publique, de l'Université de Stamboul, de vos confrères de Turquie, les savants et maîtres de Suisse, de France et des pays de langues françaises, que j'ai eu, déjà, l'honneur de saluer à Lyon et à Bruxelles.

Très touché par l'accueil, l'hospitalité et la sympathie que nous montrent les savants neuro-psychiatres, mon gouvernement, qui tient en haute estime les savants et les médecins de ces pays, m'a chargé, malgré les grandes difficultés des voyages à l'étranger, conséquence de la situation économique générale, de porter à cette honorable assemblée l'expression de sa haute considération.

La jeune République Turque qui, chaque année, envoie une pléiade de jeunes gens s'instruire dans les pays de langue française, montre envers la haute culture de ces pays sa sympathie.

Pour tous et partout, la belle Suisse est le pays du calme labeur et de la paix. Pour nous, elle exprime en plus la santé et la vie. Nos grands malades y viennent puiser la santé. Elle est non seulement le pays de haute culture, de bien-être et de paix, mais l'Eden où la mort recule.

Nous envoyons notre jeunesse en Suisse autant pour s'instruire que pour s'assimiler les hautes vertus morales et civiques. Ils n'y seront pas considérés comme étant des étrangers venus glaner une quelconque instruction, mais bien comme étant des fils auxquels elle inculquera l'esprit des responsabilités et l'amour du devoir librement consenti.

Nous attendons de la Suisse, nous aussi, comme d'ailleurs toutes les autres nations: justice, paix, sécurité. Nous attendons des décisions qui réjouiront notre nation. Combien il m'est difficile d'exprimer les sentiments que suscitent en nous les noms de Genève, de Lausanne, de Montreux ? Les lois qui régissent la Turquie sont des lois suisses. Beaucoup parmi nos dirigeants actuels sont des élèves des universités suisses.

Sûrs et certains des résultats meilleurs et du renouveau qu'elle donnera au pays et à la nation turcs, nous avons réorganisé l'Université de Stamboul. C'est à l'honorable M. le Pr Malche, de l'Université de Genève, que nous avons confié cette réorganisation. C'est à lui que fut confié le soin de choisir les professeurs étrangers et turcs de la nouvelle Université. Beaucoup de maîtres suisses et français professent dans différentes branches de l'Université.

C'est un grand bonheur pour moi que d'approcher et d'écouter dans ce pays même, hautement hospitalier à toute personne désirant s'instruire et à tout savant, les grands maîtres

suisses, psychiatres, qui, de leur savoir nourrissent nos cerveaux, depuis 40 ans et plus.

Je souhaite de tout mon cœur que les respectueux saluts de la nouvelle Université de la République Kamaliste d'Ataturk, le plus grand champion de la paix du siècle, de cette Université qui a renversé toute espèce de fanatisme et rompu les chaînes qui entravaient l'essor de nos cerveaux soient agréés par les membres de cette haute assemblée.

Allocution de M. le Dr Répond,

Président suisse de la XLe Session

Monsieur le Conseiller d'Etat et Messieurs les représentants des Autorités et de l'Université de Bâle.

Nous sommes extrêmement heureux que vous ayez bien voulu accepter de présider notre séance inaugurale et je tiens à vous dire, au nom de tous les congressistes, la grande joie que nous avons à commencer nos travaux dans le canton de Bâle. Cette vieille et belle ville, si riche d'honneur, de traditions, de culture et de science et dont nous autres, Suisses, sommes si fiers, ne se repose pas sur les lauriers amassés au cours des siècles. Aujourd'hui encore, elle se distingue par son travail, son esprit d'entreprise, son industrie, sans négliger pour autant les travaux de l'esprit et de la culture. Héritière d'une fière tradition libérale et humaniste, elle est consciente de la force que l'association des souvenirs du passé peut donner aux entreprises du présent et de l'avenir. Et, placée comme une sentinelle à la naissance du grand fleuve qui pourrait et devrait unir les deux grandes civilisations de l'Europe, elle est un exemple de la manière dont des forces apparemment contradictoires, peuvent s'unir et se féconder mutuellement.

Monsieur le Conseiller d'Etat et Messieurs les Représentants des Autorités bâloises,

Je vous remercie, au nom de tous les congressistes, pour l'aimable et généreux accueil que vous voulez bien faire aux psychiatres et neurologistes de langue française.

Messieurs les Délégués étrangers,

Nous vous saluons avec joie dans cette ville-frontière comme nous avons pu le faire il y a dix ans dans cet autre avant-poste de notre pays, qui est Genève. L'une et l'autre de ces deux villes suisses dominent le haut cours des deux fleuves sur les rives desquels a prospéré la culture européenne. Vous aurez constaté certainement les différences de ces deux villes : Genève, grise au bord de son lac bleu et Bâle, rose au bord de son Rhin gris. Différences de langues, différences de culture, différences de climat, et pourtant, malgré cela, si semblables au fond par des traditions communes, un idéal identique de patriotisme jaloux associé à un humanisme généreux, à un esprit européen qu'il est peut-être un peu trop de mode de décrier à l'heure présente.

Nous sommes heureux, Messieurs les Délégués des pays étrangers, de pouvoir vous montrer à dix ans d'intervalle deux aspects différents du pays suisse et de vous faire voir que sous ses différences, battent à l'unisson des cœurs animés d'un même idéal.

Messieurs les Membres du Congrès,

Votre indulgente amitié a bien voulu m'appeler, pour cette session, aux fonctions présidentielles que je suis si heureux et si fier de partager avec mon ami Crouzon, l'éminent neurologiste. Ce n'est pas la première marque de cette bienveillance, pour moi si précieuse, et qui veut ainsi récompenser le très vif intérêt que depuis bien des années je porte à votre, c'est-à-dire à notre Congrès, et les quelques efforts que j'ai pu faire il y a dix ans pour recevoir en Suisse romande, associés à nos Présidents d'alors, le Professeur Ed. Long et le Dr R. Semelaigne, dont nous déplorons tous la disparition prématurée et le grand vide qu'ils ont laissé dans nos rangs.

Chers Amis de France,

Lorsque Forel et moi proposâmes à la Société suisse de Psychiatrie de réunir à nouveau en Suisse notre Congrès, nos amis de la Suisse allemande acceptèrent cette idée avec enthou-

siasme, mais à la condition expresse que la réunion aurait lieu chez eux. Ils voulaient ainsi montrer toute la sympathie, toute l'affection qu'ils portent, non seulement à vous, Confrères et Amis de France, mais à votre pays, à la France.

Le programme que vous avez sans doute parcouru vous montrera, mieux que mon discours, que cette amitié n'est pas un vain mot, ni qu'elle s'épuise en simples effusions verbales, ce à quoi nos fréres de la Suisse allemande sont d'ailleurs peu enclins, mais qu'elle se traduit surtout par des actes d'amitié et des manifestations tangibles de bons sentiments. C'est ici le lieu de remercier les Professeurs Staehelin, Maier, Klaesi, pour tout l'empressement qu'ils ont mis à nous recevoir, toute la peine qu'ils se sont donnée et aussi pour les magnifiques résultats qu'ils ont obtenus. Je n'aurai garde aussi d'oublier les remerciements que nous devons à nos Secrétaires locaux, dont l'ardeur au travail et le dévouement ont été inlassables. C'est d'abord le Dr Riggenbach, de Bâle ; puis le Dr Biswanger, de Zurich ; le Dr de Palézieux, de Berne, et le Dr Bersot, de Neuchâtel. Au-dessus d'eux plane, comme vous le savez, l'ombre tutélaire du Dr Forel, Secrétaire général, dont vous connaissez tous les facultés organisatrices et auquel nous devons beaucoup de gratitude. A tous ces collaborateurs si dévoués de l'organisation de notre Congrès, va notre unanime gratitude et il est d'ailleurs nécessaire de mentionner aussi tous ceux qui, faisant partie des Comités d'organisation locaux, ont contribué par leur aide, leur intérêt, leur appui effectif, à la réussite de la présente session.

Chers amis, je ne crois pas que vous ayez encore pris part à un Congrès aussi mobile que celui-ci, presque aussi insaisissable dans ses pérégrinations que l'équipage du Vaisseau Fantôme. Tour à tour Bâle, Liestal, Zurich et son lac, Kreuzlingen et le lac de Constance, puis le Rhin et la merveilleuse petite ville de Stein nous accueilleront. Ce seront ensuite Berne, Neuchâtel et son lac, les pentes du Jura et enfin les bords du Léman, qui recueilleront les vaillants que tant de pérégrinations, tant de travaux, tant de banquets, n'auront pas épuisés. Les psychiatres et neurologistes qui, à cette époque troublée, se doivent plus que jamais de donner au monde l'exemple d'un inaltérable équilibre, d'une robuste santé physique et morale, d'un sang-froid à toute épreuve, se doivent aussi de surmonter vaillamment les rudes épreuves de ce

Congrès et d'arriver au terme ultime de ce voyage au bord du Léman.

C'est de tout cœur, chers amis, que nous vous recevons chez nous. C'est pour nous un très grand honneur que vous ayez choisi la Suisse comme siège de vos travaux et que vous vouliez bien marquer, par votre présence, la bienveillante sympathie que vous nous portez.

Dans les circonstances difficiles que nous traversons tous, nous vous accueillons modestement, mais avec toute notre amitié, suivant les vieilles règles de l'hospitalité helvétique.

Au nom des psychiatres et des neurologistes suisses, au nom de la population tout entière, je vous souhaite ici la plus chaleureuse et la plus amicale bienvenue.

Discours inaugural

de M. le Docteur O. CROUZON

Président de la XLe Session du Congrès

Après avoir remercié M. le Conseiller d'Etat Imhof, M. le Recteur Haab, M. le Doyen Staehelin, M. Christ de Neufville, le Dr et Mme Riggenbach, et tous les membres et collaborateurs du Comité d'organisation, le Président s'exprime en ces termes :

Mes chers Collègues,

Vous avez sans doute déjà éprouvé, dès votre arrivée à Bâle, deux sensations profondes : celle de vous trouver dans une ville toute moderne, largement ouverte au progrès, et celle d'y rencontrer des souvenirs prestigieux du passé.

C'est que Bâle est une porte entre le Nord et le Sud, et aussi entre l'Occident d'une part, et l'Europe centrale et orientale d'autre part ; c'est à Bâle que se croisent les grandes voies de l'Europe et cette capitale fut, de tout temps, un carrefour européen où se sont rencontrés « les courants de pensées les plus vives et les plus contradictoires ». Ce fut toujours un centre intellectuel, un des plexus nerveux sympathiques de l'Occident. Cette cathédrale gothique, au pied de laquelle nous tenons ce Congrès, n'a-t-elle pas été le siège de ce fameux Concile œcuménique de Bâle qui présageait le grand mouvement de la Réforme, une des plus nombreuses assemblées de la Chrétienté.

Ce Concile, ouvert le 23 juillet 1431, sur la convocation du pape Eugène IV, se prolongea, en 45 sessions diverses, jusqu'en 1443. Dès le début, il manifesta son hostilité au chef de l'Eglise, en invitant les Hussistes, déjà condamnés pour hérésie (Jean Huss était monté sur le bûcher en 1415), à venir se défendre. Le Concile, sans attendre l'autorisation pontificale, entreprit de traiter de l'extinction de l'hérésie, du

schisme grec, de l'affermissement de la foi, du rétablissement de la paix entre les princes, du retour à l'ancienne discipline ecclésiastique. Le Pape voulut fermer le Concile et le transférer à Bologne. Les prélats, révoltés, proclamèrent, comme le Concile de Constance, la supériorité des Conciles sur le Pape et accusèrent Eugène IV d'être la cause première du schisme. A son corps défendant, le Pape dut reconnaître le caractère légitime et œcuménique du Concile. Celui-ci s'occupa de combattre les désordres qui s'étaient introduits dans certaines Eglises, les foires, les fêtes des fous, le libertinage des clercs, etc... Le Pape ayant, pour mettre fin aux empiétements des prélats de Bâle, transféré le Concile à Ferrare, le Concile cessa d'être œcuménique à partir de la 25e session. Les prélats de Bâle accusèrent alors Eugène IV d'hérésie, le déposèrent à la 35e session, nommèrent pape, sous le nom de Félix V, le Duc de Savoie, qui vivait en ermite sur les bords du lac de Genève et qui ne fut reconnu que par la Savoie, l'Aragon, la Hongrie, quelques princes allemands et quelques universités. Devant l'indignation de l'Europe, le Concile de Bâle dut se séparer le 16 mai 1443, à sa 45e session.

Plus tard, Bâle devint un des centres de la Réforme. Sur le flanc est de la cathédrale, à côté de nous, s'élève la statue d'Œcolampade (Œcolampadius), le grand réformateur, contemporain et ami d'Erasme, pasteur à l'Eglise Saint-Martin, professeur de Théologie à l'Université, qui fut un des grands artisans de la Réforme à Bâle en 1528. C'est à l'occasion du mariage d'Œcolampade, en 1529, que son ami Erasme déclara: « On appelle l'affaire de Luther une tragédie, moi je dis que c'est une comédie, car tout finit par un mariage. »

Dans le cloître de la cathédrale, vous verrez, avec le tombeau d'Œcolampade, les tombeaux d'autres réformateurs, de Meyer, de Grynoeus ou Gruneus major (ami de Mélanchton, de Luther et de Calvin), qui découvrit, pour les remettre à Erasme, les cinq derniers livres de Tite-Live, et dont un petit neveu, Gruneus Minor, exerça avec éclat la médecine à Bâle. Dans le cloître, on trouve aussi les tombeaux de Bernoulli, de Burckhardt, de Plater, de Bauhin.

Bâle fut, de tout temps, une ville cosmopolite, libérale, savante, un des centres intellectuels du monde, un des foyers de la Renaissance, une cité des Lettres et des Arts. Le souvenir de deux des plus grands génies du XVIe siècle : Erasme et Holbein, se rattache à cette glorieuse cité. Leurs

deux noms sont associés dans l'exemplaire de *l'Eloge de la Folie,* qui se trouve au Musée des Gravures et qui est enrichi de 82 dessins d'Holbein, alors âgé de 20 ans, Holbein, qui donna plus tard tant de chefs-d'œuvre avant de quitter Bâle pour Londres.

C'était l'époque où de Bâle partirent les belles éditions imprimées par Froben, l'ami d'Erasme, par Amerbach et par Oporin.

Le Musée de Bâle s'enorgueillit, non seulement des belles œuvres d'Holbein, mais de celles de Dürer, de Granach, de Conrad Witz, de Fries, de Stimmes. Enfin, plus près de nous, on y trouve l'œuvre curieuse de Boecklin.

L'Iconographie de la Salpêtrière, qui fut la source de tant de travaux médico-artistiques, a appelé l'attention des médecins sur quelques-uns des chefs-d'œuvre de ce musée. H. Meige a décrit le curieux tableau de Holbein : « la Flagellation du Christ », où l'un des bourreaux est représenté avec un double goitre ; le tableau de Conrad Witz, où saint Martin partage son manteau avec un mendiant qui est un lépreux ; le tableau de Manuel Deutsch, qui représente sainte Anne, saint Jacques et saint Roch, invoqués contre les maladies et où est figurée une femme lépreuse. J'y ai, moi-même, trouvé une étude de mains de Holbein, où l'on remarque une main de prédicateur et une main en pince de Pierre-Marie et Guillain, caractéristiques de la syringomyélie, et des mains représentant le rhumatisme chronique de Charcot et le rhumatisme sénile de Pierre-Marie et Léri.

Bâle n'est pas moins fière d'avoir donné naissance, ou d'avoir ouvert ses portes, à des écrivains ou des philosophes. Mérian, le littérateur, qui combattit Locke et Condillac, était originaire de Liestal. Près de nous, Nietzsche professa la philosophie à Bâle, à l'âge de 24 ans, de 1868 à 1878. Ses publications sont un perpétuel conflit entre le génie et la raison chancelante ; son premier accès de folie le fit interner à 45 ans, un deuxième survint onze ans plus tard ; l'asile de la Friedmatt a gardé le souvenir du séjour qu'il y fit : il peut être un sujet de méditation pour les psychiatres.

Mais je rappellerai plutôt d'autres gloires de Bâle : Burckhardt, le célèbre explorateur, originaire de Lausanne, qui fit de longues études à Bâle avant ses voyages en Syrie, en Arabie et en Egypte ; et, parmi les savants qui illustrèrent Bâle, je vous citerai les Bernoulli, les deux frères mathématiciens,

Jacques et Jean ; les deux fils de Jean : Nicolas (mathématicien), Daniel (médecin et mathématicien), Nicolas (mathématicien), cousin des précédents, Jean (jurisconsulte et mathématicien) et ses deux fils (Jean, astronome, et Jacques, physicien), véritable dynastie où le génie mathématique manifeste une hérédité dominante. Le célèbre mathématicien Euler est né à Bâle ; élève de Jean Bernoulli, rival de d'Alembert et de Lagrange, il termina sa carrière en Russie.

***

Puis, viennent des anatomistes et des médecins :

Félix Wurtz fut, comme Ambroise Paré, un grand chirurgien d'armée, et, à la même époque, bien qu'il ne l'ait jamais rencontré, fut, comme lui, un des créateurs de la chirurgie moderne.

Vésale, l'anatomiste qui fit des recherches si importantes sur l'anatomie du cerveau et du système nerveux, originaire de Bruxelles, élève de Sylvius et contemporain d'Eustachi, donna des leçons à Bâle, y fit réimprimer, chez Jean Oporin, en 1543, son Anatomie de « Humani corporis Fabrica libri septem », et donna à la Faculté de médecine un squelette qu'on y voit encore. De Bâle, il alla en Espagne et à Jérusalem, et c'est en revenant de Padoue, pour remplacer son élève Fallope, qu'il mourut des suites d'un naufrage en Méditerranée.

Grataroli, médecin italien, en latin *Guglielmus Gratarolus* (1516-1568), penchant vers la Réforme et, ne se sentant pas en sécurité à Bergame, se réfugia à Bâle, puis à Marburg, et de nouveau à Bâle. Il doit être considéré comme le rénovateur de la Physiognomonie à l'époque de la Renaissance. En effet, l'opuscule de cet élève de Paracelse (*de Prædictione morum naturarumque hominum, cum ex inspectione partium corporis, tum alxis modis,* 1554), a paru 40 ans avant l'ouvrage bien plus connu et plus répandu du napolitain della Porta.

Sous les auspices de M. le Professeur Bing, M. Hermann Liebert a présenté, à la Faculté de médecine de Bâle, une thèse sur la Physiognomonie dans laquelle, après avoir passé en revue tout ce qui a été écrit sur le sujet depuis la Bible, Platon et surtout Aristote, le père de la Physiognomonie, il donne une traduction inédite de l'opuscule de Gratarolus.

Cet opuscule fourmille d'observations ingénieuses et de trouvailles que l'on retrouve chez nombre de ses successeurs. L'influence d'Aristote, d'Hippocrate, de Galien, de Cardan, est

toutefois dominante. Platon est également mis à contribution. L'astrologie joue un rôle moins important chez Gratarolus que chez ses prédécesseurs, mais n'est jamais mise en doute. Son étude n'en présente pas moins un intérêt de premier ordre.

C'est donc avec raison qu'il faut reporter sur Gratarolus toute la gloire attribuée jusqu'ici à Della Porta d'avoir rénové la Physiognomonie et d'avoir été à l'origine de la plupart des travaux que la Physiognomonie a inspirés, notamment de ceux de Lavater, de Darwin et des contemporains.

Je ne ferai que rappeler le passage à Bâle de PARACELSE, cité plus haut à propos de Grataroli, et mentionnerai seulement le nom de son élève, Thurneyser. L'œuvre et la vie de Paracelse nous retiendront plus longtemps dans une autre circonstance et nous aurons l'occasion, dans les pérégrinations de notre Congrès, d'y revenir avec plus de détails.

Félix PLATER, né à Bâle en 1536, élève de Saporta, Rondelet et de Catalan, de Montpellier, fut archiâtre et professeur à la Faculté de Médecine de Bâle dès 1557 ; il mourut en 1619. Il avait établi un jardin botanique et un cabinet d'histoire naturelle ; il a écrit sur l'anatomie et les fonctions du corps humain, en suivant le plan de Vésale. Son frère, Thomas, son fils, Félix II, et son petit-fils, François, ont aussi exercé la médecine à Bâle. Je dois au Professeur Bing une analyse de son œuvre. « Félix Plater est non seulement le premier auteur qui a élaboré une classification des maladies mentales et nerveuses, mais aussi le premier qui a essayé d'en donner une description exacte, d'en rechercher les causes et d'en fixer le traitement. Sans oser nier complètement la possibilité d'une « possession démoniaque », il déclare que les possédés, dans l'immense majorité des cas, sont des malades au même titre que les individus atteints de troubles physiques, et relèvent du médecin et non de l'exorciste. »

Voici, à titre d'exemple, une partie du sommaire de son ouvrage (paru en 1602 chez C. Waldkirch, à Bâle) : « Praxeos, seu de cognoscendis, prædicendis, præcavendis, curandisque affectibus hominis, incommodantibus. (Tractatus primus : de Functionum Lœsionibus).

I Sensuum lœsiones.

1. Mentis Lœsiones (Imaginatio, Ratio, Memoria).

a) Imbecillitas mentis (Hebetudo, Tarditas ingenii, Imprudentia, Oblivio).

b) Consternatio mentis (Somnus immodicus, Lethargus, Sopor, Apoplexia, Epilepsia, Convulsio, etc...).

c) Alienatio mentis (Stultitia, Commotio, Amor, Melancholia, Hypochondria, Mania, Obsessio demoniaca, Hydrophobia, Phrenitis, Saltus viti).

d) Defatigatio mentis.

2. Tactus, gustus, visus, auditus, olfactus lœsiones.

II. Motuum lœsiones.

1. Motus voluntarii lœsio.

a) Motus debilitas (Pigritia, Defatigatio).

b) Motus impotentio (Paralysis, Spasmus, Strabismus, etc.).

c) Motus depravatio (Tremor, Inquietudo, Oscitatio, Nictatio).

2. Motus involuntariorum lœsiones. »

Montaigne a connu à Bâle Félix Plater, au cours du voyage qu'il fit en Italie, par la Suisse et l'Allemagne. Ce voyage a été décrit dans un journal qui fut découvert dans le château de Montaigne, en Périgord, en 1774. Il dit : « Nous y vismes de singulier la maison d'un Médecin, nommé Foelix Platerus, la plus pinte et enrichie de mignardises à la Française qu'il est possible de voir, laquelle le dit Médecin a bâtie fort grande, ample et somptueuse. Entre autres choses, il dresse un livre de simples qui est, dis-je, fort avancé, et au lieu que les autres font pindre les herbes selon leurs couleurs, lui, a trouvé l'art de les coller toutes naturelles, si proprement sur le papier que les moindres feuilles et fibres y apparaissent comme elles sont, et il feuillette son livre sans que rien en eschappe et monstra des simples qui y estaient collés, y avait plus de vingt ans... Nous vismes aussi, et chez lui et en l'école publique, des anatomies entières d'homes mors qui se tiennent... » Montaigne vit aussi à Bâle force gens de savoir comme Gruneus. Il dit que les uns se disaient zwingliens, les autres calvinistes et les autres martinistes (partisans de Martin Luther).

Gaspard Bauhin, anatomiste et botaniste, né à Bâle en 1560, mort à Bâle en 1624, était le fils de Jean Bauhin, originaire d'Amiens, qui, converti au protestantisme après avoir lu la traduction latine du Nouveau Testament d'Erasme, s'enfuit à Bâle où il fut d'abord correcteur d'imprimerie chez Jean Froben, l'ami d'Erasme, et plus tard doyen du collège des Médecins ; il eut deux fils, Jean et Gaspard, tous deux médecins et

botanistes. Gaspard fut le plus brillant des deux ; il avait été non seulement l'élève de son père, mais encore de Zwinge, de Plater et, à Padoue, de Fabrice d'Aquapendente. Il fut plus célèbre que son frère, même en botanique ; il rivalisa avec Tournefort et Linné. Il a contribué à la connaissance anatomique des centres nerveux (*Gaspari Bauhini Basiliensis, Theatrum Anatomicum. Francfurti at Mœnun typis Mattæi Beckeri*, A. 1605). Il est surtout connu pour avoir décrit la valvule iléo-cæcale, bien que celle-ci paraisse avoir été connue de Rondelet, d'Achillini, de Laguini et de Fallope.

Telle est la pléiade de savants, de philosophes, d'artistes nés à Bâle, ou qui ont été inspirés par leur patrie, ou attirés vers Bâle par le charme, la réputation, l'opulence de cette cité, par l'aménité et le libéralisme de ses habitants, par la majesté du Rhin, par la beauté du site que l'on découvre de l'Université, par les richesses des monuments et du musée, et aussi par l'activité et la prospérité du commerce et de l'industrie. (Bâle n'est-elle pas encore aujourd'hui un important centre de règlements internationaux économiques et financiers, comme Genève est un centre de règlements internationaux politiques et diplomatiques ?)

***

C'est encore aujourd'hui l'atmosphère intellectuelle de Bâle qui attire les savants et les artistes de tous pays vers cette cité où plane, à côté des souvenirs de Holbein et de l'empreinte des réformateurs, la grande ombre d'Erasme.

Nulle autre capitale n'eût mieux convenu à celui qui en fut l'hôte le plus illustre, à Erasme, qui ne voulait être que citoyen de l'univers. Stefan Zweig a raison de dire qu'on ne peut plus penser à Erasme sans que Bâle vous vienne à l'esprit, ni à Bâle sans songer à Erasme.

Je voudrais concentrer maintenant notre attention sur Erasme. Il y a deux raisons, pour nous, de parler d'Erasme : Erasme est mort à Bâle dans la nuit du 11 au 12 juillet 1536, et l'on vient de commémorer, il y a quelques jours, le quatricentenaire de sa mort à Bruxelles (Anderlecht) et à Bâle, en attendant une célébration plus éclatante qui aura lieu ici à la rentrée de l'Université. Il m'a paru qu'il était de notre devoir de nous associer à ces souvenirs. La deuxième raison corrobore la première : Erasme fut un des premiers humanistes, sinon le premier, ayant eu de nombreux rapports avec la Médecine, rap-

ports divers il est vrai, mais qui ne peuvent manquer de nous retenir. Il a certainement toujours intéressé les psychiatres, en raison de son œuvre la plus célèbre « *L'Eloge de la Folie* », quoiqu'il y soit très peu question de psychiatrie. A ce titre, et comme psychologue et comme savant, il mérite amplement notre hommage.

Je vous parlerai d'abord aujourd'hui d'Erasme dans cette ville, en essayant de vous esquisser un portrait de lui. Il serait trop long de retracer ici tout le détail de sa vie.

Ensuite, je vous exposerai les rapports d'Erasme avec la Médecine et les médecins, en analysant une de ses œuvres, presque inconnue, « *L'Eloge de la Médecine* ».

Enfin, je m'efforcerai, en me plaçant au point de vue neuro-psychiatrique, de tirer un enseignement de son magistral « *Eloge de la Folie* ».

***

Erasme fit plusieurs séjours à Bâle. Le premier, en 1514, à l'âge de 48 ans. Il revenait d'Angleterre, où il avait écrit l' « *Eloge de la Folie* ». Il arriva par Calais, Saint-Omer, Bruxelles, Mayence. Il descendit chez l'imprimeur Jean Froben (rival d'Aldo Manucio, de Venise, un des plus grands imprimeurs du temps), dans la maison Zum Sessel, Totengässlein, n° 3, où se trouve actuellement le Musée historique de la Pharmacie. Il y resta huit mois et y connut Zwingli et Ulrich de Hutten.

En 1515, il fit un court séjour à Bâle pour la publication de son édition du « *Nouveau Testament* », chez Froben, mais bientôt il quitta l'imprimerie de Froben, qu'il appelle « l'antre de Trophonius ». (Trophonius était l'architecte constructeur du temple de Delphes. L'antre où était sa sépulture devint célèbre par ses oracles. Ceux qui consultaient Trophonius restaient mélancoliques toute leur vie. Le proverbe : « sortir de l'antre de Trophonius », s'appliquait aux personnes dont l'extérieur était devenu grave et soucieux. C'est ainsi que dans les *Colloques,* Pétrone dit à Gabriel : « D'où nous arrive Gabriel, la mine si renfrognée ? Ne serait-ce point de l'antre de Trophonius ? »)

Lors de ces premiers séjours à Bâle, il se lie avec les frères Amerbach, les hébraïsants, avec Gérard Listrius, savant médecin, avec Beatus Rhenanus (de Schlestadt), qui fut éditeur de ses œuvres complètes, avec Jean Hauslicht qui, suivant l'usage

du temps et la mode humaniste, avait pris le nom d'Œcolampadius, avec Louis Beer, qui avait pris le nom de Berus, avec Ulrich Zass, qui avait pris celui de Zasius, et avec l'évêque de Bâle, Christophe de Attenheim.

« Je ne puis dire à quel point me plaît le climat de Bâle, à quel point j'en trouve les habitants aimables et ouverts », écrivait alors Erasme dans une lettre à Thomas Morus.

Bâle était alors, en effet, une des plus belles villes d'Europe, avec de superbes jardins. Elle était entrée dans la Confédération des Treize Cantons. Comme le dit Nisard, c'était une ville intermédiaire, bien gouvernée, où les théologiens avaient de la modération, où la lutte des choses anciennes et des choses nouvelles n'avait amené aucune violence.

C'est ainsi qu'Erasme, même après la Réforme, avait conservé des relations avec les réformateurs de Bâle, avec Œcolampade et avec Grunoeus.

Il revint à Bâle en 1518, puis séjourna à Louvain où il fonda le Collège des Trois Langues et qu'il dut quitter en 1521; tout en ayant stigmatisé les écarts et les vices des moines, et ayant reconnu la nécessité de réformes dans l'Eglise, il était hostile à la doctrine de Luther sur le libre arbitre. Il fut, à Louvain, en butte à des tracasseries qui l'obligèrent à quitter la ville. C'est en 1521, de mai à octobre, qu'il alla à Anderlecht, près de Bruxelles, chez le chanoine Wichman (*maison du Cygne*). Sa maison, depuis *Maison d'Erasme*, propriété des musées communaux d'Anderlecht, est devenue officiellement, par les soins de la Municipalité, la *Maison d'Erasme*.

Il se fixa définitivement à Bâle qui était, comme le dit le Dr Major, la citadelle de l'humanisme allemand. Il avait alors 55 ans. Il y fut accueilli avec enthousiasme et resta dix mois chez Jean Froben. Il s'installa, en décembre 1522, dans une maison achetée par Froben, située à proximité de son imprimerie (Nadelberg, 17, 19), et appelée Zur Alten Treue (A la vieille bonne foi).

Bâle devint, grâce à lui, la capitale spirituelle de l'Europe.

C'est de 1521 à 1527 que se déroula son conflit avec Luther. En 1527, mourut Jean Froben. Erasme quitta alors Bâle, où il avait vécu huit ans, pour Fribourg-en-Brisgau. Avant de partir pour Fribourg, il eut une explication avec Œcolampade dans le jardin de Froben. Il voulut partir du petit port, mais le Conseil donna l'ordre de le faire partir du grand port, pour témoigner qu'Erasme sortait de Bâle en toute liberté.

En août 1535, il revint de Fribourg à Bâle sur un brancard ou dans une litière, pour y achever son existence dans la nuit du 11 au 12 juillet 1536, dans la maison Zum Luft (au coin de la Baumgässlein, n° 18, et de la Luftgässlein, n° 2), où il avait été l'hôte de son ami Jérôme Froben, fils de Jean Froben.

Bâle prit le deuil. Son convoi mortuaire fut suivi par une foule d'étudiants et de notables, par le bourgmestre, une grande partie du Conseil et les professeurs. Il fut enterré en grande cérémonie à la cathédrale, dont cependant le culte catholique était banni.

A l'issue de cette séance, le programme de la visite de la ville vous permettra de faire un court pèlerinage à sa pierre tombale qui se trouve dans la cathédrale contre un pilier du bas-côté gauche, ainsi qu'à la maison d'Erasme (Zum Luft), qui s'élève tout près d'ici, et qui est occupée actuellement par un antiquaire-libraire.



Je vous ai dit mon intention de vous parler d'Erasme devant la Médecine. Mais, auparavant, il n'est peut-être pas inutile, après l'exposé de ses séjours à Bâle, d'esquisser sa biographie: elle a été faite souvent et par des auteurs de tendances diverses : Nisard, Amiel, et, plus récemment, par Stefan Zweig, Maison, Quoniam, Gautier-Vignal, et par le distingué conservateur du Musée Historique de Bâle, le Dr Emil Major.

Sa vie a été résumée dans une éphéméride illustrée publiée récemment par M. Van Damme, le conservateur du Musée d'Anderlecht.

Vous avez déjà deviné qu'Erasme fut toujours un pèlerin ou un éternel vagabond. Il est né à Rotterdam en 1427, « ex illicito et ut timet incesto damnatoque coitu genitus », d'après le bref pontifical de Léon X en 1517.

Son père était un prêtre, probablement du nom de Gérard. Erasme eut, tout d'abord, comme prénom Desiderius, Désiré. Et le nom d'Erasme est peut-être, par fantaisie littéraire, la transposition grecque de ce prénom (εραω, veut dire « désirer ardemment »). (Cependant on connaissait déjà un Saint-Erasme). Les humanistes, se considérant comme une oligarchie de l'esprit, anoblissaient leurs noms en les traduisant en grec et en latin, comme nous l'avons déjà vu pour quelques-uns. C'est ainsi que Mélanchton s'appelait en réalité Schwarzerd ; Paracelse s'appelait Von Hohenheim ; Spalatin :

Burckhardt ; Capnion : Reuchlin ; Glareanus : Henry Loriti ; Casimbrotius : Casembroot ; Dorpius : Van Dorp ; Bricotus : Birkhead ; Clothoneus : Josse Clicthove ; Carinus : Louis Kiel ; Capito : Wolfgang Faber Köpfel ; Barbirius : Barbier ; Leus : Lee ; Latomus : Masson ; Egmondanus : Baechem d'Egmond ; Rosemundanus : Rosemondt ; Haloinus : de Halervin ; Beatus Rhenanus : Beatus Bild ; Brixius : de Brie ; Canius : de Hondt ; Bombasius : Bombace ; Langius : von Langen ; Ceratinus : Teyng de Hoorn ; Berlandus : de Baarland ; Lethmanus : Herman Lethmatius ; Stuvius : Hermani ; Amerotius : Adrien de Soissons ; Atensis Joannes : Jean Briard ; Stuniga : Zuñinga Diego Lopez ; Rescius : Reeger Ressen ; Agricola : Husmann ; Oricellarius : Rucellaï, etc... Luther, lui-même, qui s'appelait Luder, donna peut-être à son nom la forme grecque à désinence latine : Martinus Eleutherius (de ελευθερος, libre).

Erasme fut élevé en Hollande. Ordonné prêtre à 24 ans, il fut pendant cinq ans secrétaire de l'évêque de Cambrai, qui résidait souvent à Bruxelles — un savant latiniste était indispensable aux évêques et aux grands seigneurs — vint à Paris au Collège Montaigu, où il était dans l'annexe des pauvres (domus pauperum), dont il garda un mauvais souvenir en raison de la nourriture et en raison des poux qu'il y contracta (collège de pouillerie, a dit plus tard Rabelais) et où il laissa lui-même un mauvais souvenir, si l'on en croit Ignace de Loyola, qui y séjourna 30 ans après lui. Il y apprit toutefois le français, et il nous a confié que la meilleure façon d'apprendre une langue vivante est de la parler avec les jeunes femmes de l'endroit.

Il revint ensuite près de l'évêque de Cambrai, puis nous le trouvons à Tournehem chez la Marquise de Weere, après un court séjour à Paris, qu'il quitta pour Orléans, en raison de la peste. Il fit un premier voyage en Angleterre, en revint après s'être fait confisquer son argent à Douvres : les lois défendaient alors l'exportation des monnaies (il n'y a rien de nouveau ici-bas).

Il retourne chez la Marquise de Weere, qu'il quitte pour Paris, et chez laquelle il revient pour écrire le *Manuel du Soldat Chrétien,* fait un second voyage en Angleterre, dont le retour est, cette fois, marqué par une tempête qui l'émeut profondément. Il part ensuite en Italie comme précepteur de jeunes Anglais, en passant par Lyon, dont l'auberge lui laisse un souvenir délicieux. Il séjourne trois ans en Italie.

C'est pendant ce séjour en Italie qu'il entre en rapports avec le célèbre imprimeur Aldo Manucio, de Venise.

Il retourne en Angleterre, écrivant alors son « *Eloge de la Folie* » ; il reste cinq ans chez divers amis, en particulier chez Thomas Morus. C'est à ce moment qu'il fait son premier voyage à Bâle.

Il se rend ensuite, pour la quatrième et dernière fois, en Angleterre, revient à Bâle, puis retourne aux Pays-Bas, — revient à Bâle, vagabonde pendant cinq ans en Flandre, et se fixe à Bâle, comme nous l'avons vu, à 55 ans, pendant 8 ans environ, chez son ami Froben, puis il part à Fribourg, où il reste cinq ans, avant de revenir mourir à Bâle.

Durant cette vie vagabonde, dont j'ai passé sous silence de nombreuses étapes, il vivait chez autrui, soit comme secrétaire, soit comme précepteur, soit comme parasite chez des amis fortunés, vivant de dons qu'on lui faisait en récompense des dédicaces de ses ouvrages, faites aux grands seigneurs, aux rois, aux papes.

C'est ainsi qu'en Angleterre il avait le revenu de la cure d'Aldington, (comme Rabelais avait la cure de Meudon). Il reçut de l'évêque Warham plus de 150.000 francs ; des dons du roi, etc... Il avait la prébende de Courtrai. Il était conseiller à la Cour de Bourgogne. Il avait reçu du pape Paul III le prieuré de Deventer avec un revenu de 1.500 ducats. D'après M. Emil Major, l'inventaire de son mobilier, fait par son secrétaire, deux ans avant sa mort, comprenait une riche collection de meubles, bibliothèques, bahuts, tapis, vaisselle précieuse et de 1.622 pièces d'or...

*
**

La première œuvre qui fit sa célébrité furent les « *Adages* », publiés à Venise par Aldo Manucio, chez lequel il vécut huit mois. C'est un recueil de citations latines, de proverbes, de maximes, qu'il avait réunis dans sa jeunesse pour ses élèves, et dont une première ébauche avait été publiée à Paris en 1500, sous le titre d' « Adagiorum collecteana », (dont un exemplaire se trouve à Paris à la Réserve de la Bibliothèque Nationale) et qui contenait 800 adages. L'édition de Venise en contenait des milliers (Adagiorum chiliades). Deux ans avant les Adages, Polydoro Vergilio avait fait paraître déjà une collection d'Adages sous le titre de *Proverborum libellus*.

La mode exigeant, au XVIe siècle, que l'on bourrât de citations latines toutes les lettres et écrits, ce formulaire eut un vif succès auprès des savants et de ceux qui se piquaient de l'être. Il permettait aux gens du monde de se donner une teinture d'humanisme à une époque où il était de bon goût de parler latin dans toutes les classes de la Société. On y trouvait, groupés par matières, les proverbes appropriés au sujet traité et accompagnés d'un commentaire. C'était, toutes proportions gardées, quelque chose comme les pages roses du Petit Dictionnaire Larousse. Avec la *Bible* de Luther, dit Zweig, ce fut le plus grand succès de librairie du XVIe siècle. Les « *Adages* » ne mettaient-ils pas ainsi un savant latiniste à la portée de toutes les bourses, luxe que seuls se permettaient les grands seigneurs et les prélats ? C'était alors l'âge de la folie du livre imprimé, qui était une nouveauté.

Précédemment, Erasme avait publié une satire contre le Clergé et les moines, sous le nom d' « *Antibarbares* », et le *Manuel du Soldat Chrétien*. Puis vinrent sa traduction du grec du *Nouveau Testament,* qui fut son œuvre capitale (Nouveau Testament qui n'était connu alors que par le Vulgate, traduction latine de saint Jérôme) — *les Colloques,* exercices dialogués sur des sujets de vie courante, à l'usage du jeune Froben, et qui nous offrent une image des mœurs de son époque — et où nous pouvons trouver tous les types humains : l'artisan, le soldat, le moine, le prélat, le vieillard, la jeune fille, la courtisane. Citons l'*Eloge de la Folie,* édité à Strasbourg, (dont le succès le surprend, car il considère ces propos comme des *nugatoriæ,* des bagatelles), les *Apophetgmes,* l'*Institution du Prince Chrétien,* la *Plainte de la Paix* et tant d'œuvres, toutes en latin, que je ne puis ni énumérer, ni commenter ici.

Il avait à peu près oublié le hollandais — sa langue natale et ne parlait que le latin. Comme il a toujours écrit dans une langue morte, s'il n'est plus un grand écrivain que pour les érudits, comme le dit Nisard, il est resté néanmoins un grand remueur d'idées (il y eut 300 éditions de la *Folie*, 300 des *Adages* et 600 des *Colloques*).

D'après le Dr Major, tous ceux qui le pouvaient venaient à Bâle « présenter au Prince de la Science, au Phénix de l'Erudition, aux Délices de la Terre, le tribut de leur respect et de leur gratitude ». Son nom était synonyme de perfection, de science, de sagesse. Il entretenait une correspondance prodigieuse comme Pétrarque et Voltaire — avec tous les grands

et les beaux esprits de la terre. Il était le roi de l'Europe. A Louvain, on l'appelle « Le Soleil de la Germanie ». Il est le « Vir incomparabilis, la Pythie de l'Occident, Lumen mundi, Preceptor mundi ».

Mais il ne se borna pas à donner des modèles parfaits de style et d'élégance latine, il s'attaqua avec audace — avant Luther — aux abus qui régnaient dans les cloîtres et dans l'Eglise. La fureur des moines ne put prévaloir contre l'approbation générale des honnêtes gens.

Un des graves épisodes de son existence est sa lutte avec Luther. Une partie de sa vie est en effet liée à celle de Luther et à la Réforme. Les péripéties de cette lutte ont été exposées en détail par Funck-Brentano dans son livre sur Luther. Erasme s'était attaqué, avec raillerie, aux indulgences qui étaient monnayées par les moines au profit du Pape. Alexandre VI avait eu besoin de beaucoup d'argent à cause de sa fille, Lucrèce Borgia et Léon X se trouva dans le même embarras quand il fit construire la nouvelle basilique de Saint-Pierre commencée par Jules II, quand il entreprit la croisade contre les Turcs. On avait recours alors à des virements de fonds : aussi fallut-il battre monnaie avec les indulgences. Le Père Tetzel chargé de la vente disait :

« *Sobald das Geld im Säckel klingt,*
Die Seele aus dem Fegfeuer springt. »
« Dès que l'argent tinte dans le sac,
l'âme jaillit hors du Purgatoire. »

Luther s'attaqua à cet abus avec une violence accrue par le sentiment qu'une puissance étrangère en cueillait tout le profit. Par la langue qu'il créa, le nouveau haut-allemand, comme par sa haine de Rome, Luther fut le premier pangermaniste, le premier nationaliste allemand et, l'afflux d'or du Nouveau Monde ayant provoqué la dévaluation, les seigneurs allemands qui en souffraient ne demandaient qu'à dépouiller le clergé.

Luther s'était aussi élevé contre les dispenses monnayées par les évêques pour autoriser les concubines des prêtres.

Le Réformateur s'adressa d'abord à Erasme avec obséquiosité pour solliciter son approbation. Celui-ci se garda d'abord de répondre clairement : il était toujours prêtre catholique, quoiqu'ayant obtenu la dispense de porter la soutane et de

jeûner. Il chercha à amener Luther à la modération et à servir de médiateur, jusqu'au moment où Luther et Ulrich de Hutten rompirent avec lui avec mépris.



C'est pour nous le moment d'étudier le caractère d'Erasme.

Avant tout, Erasme fut un cosmopolite : par sa naissance, il n'appartenait pas à un Etat puissant. En dehors de sa petite patrie, personne ne parlait sa langue maternelle, le néerlandais, dont il ne semble s'être souvenu qu'à son agonie. Comme savant et comme prêtre, il ne pouvait s'intéresser qu'au latin et à l'antiquité païenne et chrétienne.

Enfant illégitime, il fut porté comme quelques autres enfants naturels célèbres, à s'affranchir des traditions et des conventions sociales.

Il est toujours resté libre et européen et semble avoir rapporté de son séjour en Angleterre un esprit d'indépendance, de l'humour et de la fantaisie.

Dans le conflit entre l'Eglise et la Réforme, il est demeuré neutre et longtemps impartial. Sollicité par les deux partis, il négocie, ne se prononce pas. Il est opportuniste et manœuvrier. « Nulli concedo », telle est sa devise. C'est un fanatique de l'indépendance. Il reste au-dessus de la mêlée. *Solus esse volui,* a-t-il dit. *Erasmus homo pro se,* a-t-on dit de lui.

Pendant ce temps, on a brûlé à Paris son traducteur et disciple Berquin ; en Angleterre, John Fischer et Thomas Morus ont été décapités ; Zwingli a été tué à Cappel ; Thomas Munzer est mort supplicié. Huit ans avant, Savoranole avait été brûlé en Italie.

A Servatius Rogerus, prieur de Steyn, qui, depuis 1504, lui demandait de rentrer au Monastère, il répond que pour lui le meilleur moyen de servir Dieu est d'humaniser les grands de la terre. En 1517, il se fait dispenser définitivement de ses vœux monastiques par Léon X ; quelqu'un a dit que ce fut un défroqué par étapes.

Il se fait reconnaître le droit de posséder des bénéfices, malgré sa naissance illégitime. Dans un chapitre de ses « Colloques », consacré à la chasse aux bénéfices, il dit : « Qui prend femme est heureux l'espace d'un mois ; qui a obtenu un bénéfice de bon rapport est heureux jusqu'au terme de sa vie. »

On l'a accusé d'avoir pondu les œufs que Luther couva, d'avoir été la Taupe de la Réforme, comme Sieyès a été la Taupe de la Révolution. Mélanchton, puis Luther et Zwingli recherchent son appui avec humilité et flatterie. En 1520, on lui offre un évêché s'il veut écrire contre Luther. Il refuse. Puis, après avoir louvoyé avec le Pape Adrien VI, il se range du côté de son successeur, Clément VII.

Luther dit d'Erasme, dans ses *Propos de Table :* « Erasme, cet homme qui évolue entre les verres sans les briser, qui veut marcher sur des œufs sans les casser... » Luther, dès 1517, disait en parlant de lui : « Je m'aperçois qu'on n'est pas un bon chrétien par cela seul qu'on est bon helléniste ou bon hébraïsant. »

Luther et Ulrich de Hutten le persiflent et l'appellent : « Erasme le timoré, Erasme le couard ». Ils l'accusent de lâcheté, d'envie, d'amour de l'argent et des honneurs, de scepticisme, le traitent d'épicurien et de négateur.

« Il lui suffit, dit Luther, de se guider d'après le temps, de mettre son manteau d'après le vent qu'il fait. Qui écrasera Erasme tuera une punaise, laquelle pue encore plus morte que vive. Erasme est un être astucieux et perfide qui s'est gaussé de Dieu et de la religion, un homme qui a inventé jour et nuit des mots équivoques. Quand on croit qu'il a beaucoup parlé, il n'a rien dit. »

Luther ajoute : « Je tiens Erasme pour le plus grand ennemi du Christ que l'on ait vu depuis mille ans. »

Voici encore quelques opinions émises par Luther sur Erasme et recueillies dans les *Propos de Table* (1) :

« J'ai Erasme en toute cordiale exécration. Quand il opine, « il sied qu'un seul périsse pour tout un peuple », il use du même argument que Caïphe. Voilà comment s'expriment Erasme et tous les épicuriens : « Plutôt que de voir l'Allemagne tout entière et ses Princes en venir aux mains, et l'Europe trembler sur ses bases, mieux vaudrait que l'Evangile tombât dans l'oubli, ou cessât d'être prêché. » C'est cette opinion qui fit, de Jean l'évangéliste, l'ennemi de Caïphe. Au moins le Christ donna à Caïphe un soufflet dont sa joue cuira des siècles et des siècles, lorsqu'il dit à Pilate : « Celui qui m'a livré en tes mains a commis le péché le plus grave..... »

(1) Traduction de l'Edition du Pot Cassé.

Sur ce, Luther, grandement excité, dit aux Docteurs Jonas et Pomeranus : « Dans mon testament et mes dernières volontés, je vous enjoins de haïr et d'exécrer cette vipère d'Erasme. Je n'ai aucune considération pour son style très fleuri, il est vrai, mais ce ne sont là que sentences de Démocrite et d'Epicure. Il traite à bon escient tous les sujets et d'un ton sceptique, ses affirmations sont ambiguës, et il les combine de telle façon qu'il peut leur prêter le sens qu'il lui plaît. De pareilles paroles ne montent à la bouche d'aucun honnête homme et encore moins d'un chrétien. Admirez de quel venin regorgent ses *Colloques* sous le couvert de protagonistes fictifs et de quelle façon il tâche de corrompre la jeunesse en s'efforçant de lui plaire. Dès que Dieu daignera me remettre sur pieds, j'appliquerai à Erasme la sentence d'Isaïe relative aux œufs du basilic, c'est là un mets de choix pour ses dents..... »

« Erasme, ce roi amphibole qui siège tranquille sur le trône de l'amphibologie, nous abuse par ses paroles ambiguës et bat des mains quand il nous voit enlacés dans ses insidieuses figures comme une proie tombée de ses rets. Trouvant alors une occasion pour sa rhétorique, il tombe sur nous à grands cris, déchirant, flagellant, crucifiant, nous jetant tout l'enfer à la tête, parce qu'on a compris, dit-il, d'une manière calomnieuse, infâme et satanique, des paroles qu'il voulait cependant que l'on comprît ainsi... Voyez-le s'avancer, en rampant comme une vipère, pour tenter les âmes simples, comme le serpent qui sollicite Eve au doute et lui rendit suspects les préceptes de Dieu..... »

« Erasme de Rotterdam est le plus fieffé scélérat qui ait paru sur la terre. Il fait les plus grands efforts pour me capter dans ses rets, et, si Dieu n'était venu à mon aide d'une manière toute spéciale, il m'eût réduit à l'esclavage. Il me dépêcha en 1525 quelqu'un porteur de deux cents ducats de Hongrie, qu'il fit remettre à Catherine, mais je refusai de les prendre et ordonnai à ma femme de ne pas se mêler à pareilles choses, car, Dieu merci, je n'ai jamais passé pour un homme d'argent..... »

« Erasme aurait pu rendre d'importants services à la cause de l'Evangile, il a été maintes fois sollicité dans ce sens, mais il s'y est refusé. Quand bien même il y consentirait aujourd'hui, cela lui serait impossible. Les choses ont été poussées trop avant, il a jeté les cartes et ne les tient plus dans sa main. Je répète à son sujet ce que disait d'Arius un Evêque : il vise à déshonorer Jésus-Christ. »

« Je suis surpris qu'un homme puisse mettre entre soi et la connaissance de Dieu autant d'écart que le fait Erasme. Il est convaincu qu'il n'y a ni Dieu ni vie future, et le croit aussi fermement que je nourris, grâce à Dieu, une certitude contraire. Il ne vaut pas mieux que Lucien, mais ce qui m'étonne c'est sa prétention de passer pour théologien, alors qu'il ignore à quelle fin Dieu est venu au Monde,

Avec sa théologie, il fait de Jésus-Christ un légiste. Qu'il plaise à Notre Seigneur de m'octroyer seulement un an de solide santé, je me sens plein de fougue et de zèle chrétien pour me venger d'Erasme et de tous mes autres ennemis..... »

« Erasme tient pour ridicule ce fait que Dieu ait été mis au monde par une pauvre femme. Je sais que, dans son for intime, il se rit de nous. Il imite Lucien qui a tourné en dérision tous les dieux. Cet homme est un grand bouffon et un scélérat. Mais il dira, le jour du jugement dernier : Voyez-les parmi les saints de Dieu ceux que nous tenions durant leur vie pour des fous et des insensés. Voilà certainement l'aveu auquel il sera contraint..... »

« Erasme est l'ennemi de la vraie religion, l'adversaire juré de Jésus-Christ, la figuration achevée et exacte d'Epicure et de Lucien..... »

« Erasme a été corrompu à Venise et à Rome par les doctrines épicuriennes. Il a décerné plus d'éloges aux ariens qu'aux catholiques. Il a eu le front d'avancer que Jésus-Christ n'est appelé Dieu qu'une seule fois dans l'Evangile de Jean au moment où Thomas confesse : « Tu es mon Seigneur et mon Dieu..... »

« Erasme, dit un jour Luther, est un Momus tout craché. Il se gausse de tout, et ses livres qui abondent en ambiguïtés, pourraient être lus par les Turcs. Il n'a absolument rien dit, alors que l'on se figure qu'il en a beaucoup dit. Il est impénétrable aux papistes comme à nous. Il regorge d'expressions équivoques et douteuses, interdites aussi bien par l'Eglise que par les lois de l'Empire, qui s'expriment en ces termes : « Les expressions ambiguës, obscures et douteuses seront imputées et mises à charge contre quiconque en fera usage..... »

« Erasme n'est bon qu'à susciter des querelles et à ricaner ; il est impuissant à réfuter ou à mettre à néant des arguments. Serais-je papiste, je lutterais contre lui et le terrasserais sans grande difficulté. Il fait des gorges chaudes sur le pape et sur ses cérémonies, mais il ne l'a pas jeté cul par-dessus tête ou renversé, et même, raillant le pape, il persifle encore Jésus-Christ..... »

« Une autre fois, Luther fit cette déclaration : « Je vous prends à témoin de ceci, que je transmets par testament. Je considère Erasme de Rotterdam comme l'adversaire le plus résolu de Jésus-Christ. Il ne donne aucun renseignement ferme dans son *Catéchisme* que je tiens le plus intolérable de tous ses écrits. On n'y trouve pas un mot qui prescrive : fais ceci ou fais cela. Il se borne à précipiter dans l'erreur et le désespoir l'âme des jeunes gens. Sous le titre *Hyperaspistes,* il a composé contre moi un livre où il se proposait de défendre son ouvrage sur le libre-arbitre, que j'ai attaqué par mon travail sur la servitude de la volonté. Cet écrit n'a pu encore être réfuté. Erasme n'est point en mesure de le faire ; car ce que

j'ai dit sur ce sujet, j'en ai la certitude et la conviction, est la volonté immuable de Dieu. Mais s'il y a un Dieu dans le ciel, Erasme percevra et saura un jour ce qu'il a fait..... »

« Bien qu'il en atténue les termes, les préfaces d'Erasme sont très pesantes et d'une grande bassesse. Il paraît n'établir aucune distinction entre Jésus-Christ et Solon, le sage législateur païen. Ainsi qu'il ressort de ses préfaces à *l'Epître aux Romains* et au IVe Evangile, il méprise aussi Paul et Jean. Il a le front de prétendre que *l'Epître aux Romains* manque d'opportunité et d'actualité et qu'elle est de nature à apporter plus d'inquiétude et de funestes effets que de profit. N'est-ce point là décerner un bel éloge à l'auteur de cet ouvrage ? Honte à toi, infâme réprouvé !..... »

« Le 1er avril 1526 — étant malade et alité — Luther employa le plus clair de la journée à la lecture des préfaces au *Nouveau Testament* par Erasme, et il en fut grandement affligé. « Bien que ce serpent, dit-il, soit si glissant qu'on a de la peine à le capturer, nous le condamnerons néanmoins avec ses livres — nous et notre Eglise — et, malgré la colère de beaucoup de mondains contre nous, et en dépit du courroux que leur inspire cette conduite, il est plus avantageux pour nous de les offenser que de renier le Christ..... »

Etant alité un autre jour, Luther composa ce distique sur Erasme de Rotterdam :

« Qui ne hait point Satan, qu'il aime des poèmes, Erasme,
« Et qu'il attelle en même temps les Furies et traie la mort. »

« Tiendrait-il vraiment à la gloire de Jésus-Christ et de l'Evangile, Erasme composerait une bonne paraphrase de l'une des épîtres de Paul — au lieu de se divertir à produire des fables pour les enfants et des folies. Mais c'est là son moindre souci. Il est passé maître dans l'art de brouiller les questions, de parler en termes équivoques et douteux, qui, à la volonté de chaque fonction, peuvent aussi bien dire blanc que noir. Mon dessein est de lui jeter le gant qu'il n'avance et peu de mots me suffiront — avec l'aide de Dieu — pour le confondre. Que l'on me prête vie et je débarrasserai l'Eglise de semblables ordures..... »

« En composant son ouvrage sur la *Folie*, Erasme a procréé une fille à son image. Son but est la plaisanterie, le sarcasme et la moquerie, mais il bouffonne et extravague, et le livre de ce fou est de la folie toute pure..... »

« Si je vis, je veux, avec l'aide de Dieu, purger l'Eglise de son ordure. C'est lui qui a semé et fait connaître Crotus, Egranus, Witzeln, Œcolampade, Campanus et autres visionnaires ou épicuriens. Je ne veux plus le reconnaître dans l'Eglise, qu'on le sache bien..... »

« Erasme, Eck, Cachloeus, et leurs pareils, usent d'un autre langage que le mien. Erasme est un impie, et je tiens à le laver quel-

que jour devant les papistes, qui le suspectent très communément de luthéranisme. Il porte ses coups en tapinois et jamais il ne marche droit et de face vers quelqu'un. C'est pourquoi ses écrits regorgent de venin. Sur mon lit de mort, j'exhorterai mes enfants à s'abstenir de la lecture de ses *Colloques* où, sous le masque de noms imaginaires, il profère nombre d'impiétés, dans le but bien réfléchi d'attaquer la foi et l'Eglise de Jésus-Christ. Qu'il rie de moi et des autres, mais je ne lui conseille pas de se gausser de Dieu, car le persiflage ne resterait pas impuni. Je crois qu'il fera une piètre fin..... »

« A quelqu'un qui lui demandait s'il pouvait maudire tout en priant, Luther fit cette réponse : « Oui, quand je récite cette oraison : Que ton nom soit béni ! je maudis Erasme et tous les autres hérétiques qui lancent contre Dieu le blasphème et l'outrage..... »

« Pour dix mille florins, déclara Luther à la nouvelle de la mort d'Erasme, je ne voudrais pas risquer d'avoir dans la vie future la place réservée à Jérôme, et, pour une somme beaucoup plus élevée, je ne voudrais pas celle d'Erasme..... »

Honni par Luther, Erasme est l'objet de sollicitations pressantes de Charles-Quint, du roi de France, du roi d'Angleterre. Le Pape Clément VII l'a en estime. Le Pape Paul III lui offre le chapeau : Erasme refuse ; il refuse d'aliéner son indépendance.

Assisté à son lit de mort du réformateur Gruneus, il ne reçoit pas les sacrements ; dans son agonie, il prononce dans sa langue natale, les mots : « Lieve God. »

⁂

La paix ne s'est pas faite sur son nom ; aujourd'hui encore, les deux partis se disputent Erasme.

Quoniam, commentant le Nouveau Testament d'Erasme, dédié à Léon X, y voit une critique des scholastiques et une exaltation des Pères de l'Eglise : « L'humanité du Christ est le fondement de l'humanisme érasmien. » C'est la vie et la parole du Christ qui doivent suffire à nous donner une religion simple et rationnelle. « Pour le reste, dit Erasme, que les théologiens se querellent tant qu'ils voudront. Jésus est le modèle parfait de l'homme. » Erasme reste pour les catholiques un réformateur orthodoxe et convaincu, un croyant philosophe. « S'il a désiré une réforme, il n'a pas sanctionné la Réforme. »

Imbart de la Tour a montré qu'il avait un évangélisme modéré, intellectuel ; Imbart de la Tour comparant Luther et Erasme, dit :

« Jamais deux caractères ne furent plus opposés : une âme religieuse, pénétrée, obsédée du sens divin et de l'inquiétude du salut ; une âme intellectuelle faite d'équilibre, moins sensible que raisonnable et où les difficultés se contrôlent, se modèrent et se complètent, — un mystique qui jette aux pieds de son Dieu, la raison humiliée et la liberté maudite ; un sage qui croit à la noblesse des lettres comme à la beauté des choses et bénit la vie comme la lumière du jour, — un théologien familier d'absolu, avide de vérités simples et crues qui éclairent, consolent et qui sauvent ; un lettré historien et moraliste habitué à saisir les nuances et la complexité des choses, se défiant de sa théologie, même des affirmations tranchantes et des dogmatismes étroits, — une âme d'action, qui se fait peuple, pour parler aux foules, crie, tonne, gesticule pour les savetiers qu'il veut convaincre ; un aristocrate de l'esprit, qui ne discute qu'avec l'élite et n'enseigne que des cénacles. — un génie national qui, dans la plus haute et la plus large des religions, reste l'interprète des sentiments et des aspirations de son pays ; un génie universel qui unit toutes les idées de son siècle et de la culture de tous les temps. Comment ces contraires eussent-ils pu se comprendre et surtout se concilier ? »

Chacun trouve dans Erasme ce qui lui plaît. On rapporte d'un homme d'esprit ce mot : « L'amour est comme les auberges espagnoles, on y trouve ce qu'on y apporte. » Les croyants et les libres-penseurs découvrent, les uns et les autres, dans Erasme de quoi fortifier leurs convictions.

A côté des opinions d'Imbart de la Tour et de Quoniam, que nous venons d'exposer, à côté de l'admiration de François de Sales et de Bossuet, Erasme est regardé, en effet, d'autre part, comme un libre-penseur du XVI[e] siècle (Amiel), et comme le créateur de l'éducation moderne ; il a introduit les humanités dans les études classiques, et préconisé l'institution de l'école publique.

Erasme, c'est le maître à penser de Montaigne, c'est l'ancêtre de Rabelais qui lui a fait de nombreux emprunts et lui a rendu hommage en disant ce qu'il lui doit, en le qualifiant de « père bien-aimé, de génie titulaire des arts, d'invincible combattant de la vérité », Erasme est le plus illustre artisan de la Renaissance, dont les autres ouvriers furent Guillaume

Budé, Thomas Morus, Colet (le doyen de St-Paul à Londres), Louis Vives (de Valence), etc...

Pour Stefan Zweig, Erasme a été le premier Européen conscient, un pacifiste, le défenseur de l'idéal humanitaire social et spirituel. Partisan de la liberté de conscience, il avait la haine du fanatisme. C'est d'Erasme que peut se réclamer l'internationalisme : « Je désire être appelé un citoyen du monde, un ami de toutes les nations de l'univers. » Dans *la Plainte de la Paix,* il dénonce la guerre comme un crime, un brigandage en grand, le fléau des Etats et le tombeau de la Justice. Il souhaitait un arbitrage universel, une véritable Société des Nations. Si nous assistons aujourd'hui à la résurrection d'Erasme et de son œuvre, c'est que nous vivons aujourd'hui, comme du temps d'Erasme, dans une Europe troublée, et il y a, du point de vue psychologique, une similitude entre l'époque d'Erasme et la nôtre.

Erasme ne pouvait réussir dans son œuvre de conciliation, trop d'intérêts, trop de passions étaient en jeu. Mais il n'a pas tenu à lui qu'un fossé séparât les deux religions chrétiennes et que l'Europe fût déchirée par des guerres de religion. Individualiste, il louvoyait sans cesse ; notre confrère Duhamel l'appelle le « roi du mais ». Spectateur clairvoyant, ce n'est pas un acteur, mais c'est un prince de l'intelligence, un apôtre de la tolérance, de la liberté de conscience et de la solidarité.

*
* *

J'ai promis d'étudier plus particulièrement Erasme devant les médecins et devant la Médecine.

Nous pouvons juger du physique d'Erasme d'après les six portraits qu'en fit Hans Holbein, les deux portraits dûs à Durer et celui de Quentin Metsys. Lavater, dans ses études de physiognomonie, trouve le visage d'Erasme un des plus expressifs, un des plus éloquents qu'il connaisse : il y trouve de la finesse, un air réfléchi, une intelligente prudence, sans hardiesse, sans tempérament. Il avait le teint clair, les cheveux blonds, les yeux bleu-gris, la figure agréable, la voix élevée. On peut retrouver, dans ses portraits, une certaine ressemblance avec Voltaire : son corps est mince, sa bouche est sarcastique ; il a l'aspect d'un valétudinaire. Et sa ressemblance avec Voltaire ne s'arrête pas là : elle s'étend à l'influence morale et aux tendances réformatrices.

C'était un débile physique et un hypocondriaque. Sa santé fut toujours délicate : il avait souffert à Paris du régime du collège de Montaigu. Depuis cette époque, il avait horreur du poisson ; il le montre dans ses *Colloques :* il se fit dispenser, en 1509, par le Pape, de faire maigre. Il avait la terreur de la maladie et de la mort. Il avait la terreur de la peste, dont on le crut atteint lors d'une adénite suppurée, à Louvain.

Il avait horreur des courants d'air, de la fumée, de l'odeur et de la chaleur des poêles : il lui fallait le chauffage au bois. Il dormait mal. Il avait la fièvre quarte. Il souffrit d'abord de la gravelle, et, comme le rapportent Trousseau, Dieulafoy et Chauffard, il écrivait à Mélanchton : « J'ai la néphrétique et tu as la goutte : nous avons épousé les deux sœurs. » Puis, il souffrit à la fois de la pierre et de la goutte, et il calmait ses douleurs avec le vin de Bourgogne (auquel il mêlait quelquefois des œufs battus ou une décoction de réglisse), ce qui pourrait nous paraître paradoxal, si nous ne savions, comme nous l'a montré notre ami, le Docteur Genty, qu'à cette époque on désignait ainsi le vin du Comté de Bourgogne, c'est-à-dire le vin de la Franche-Comté, le vin d'Arbois, de Salins, de Besançon, qui n'ont pas les mêmes propriétés que le vin du Duché de Bourgogne, au delà de la Saône, qui était le vin de Beaune. Les vins du Jura, qui sont légers, peu riches en alcool, et chargés de bitartrate de potasse, pouvaient avoir, pour Erasme, des propriétés diurétiques (il avait songé un moment à s'installer à Besançon), mais il les appréciait aussi en gastronome, étant un fin gourmet, un convive recherché et un charmeur.

Il semble qu'il ait eu des manifestations goutteuses localisées à la jambe gauche : dans les dernières années de sa vie, il marchait avec des béquilles. Froben l'appelait « le boiteux ».

Lors d'une exhumation, pour transférer son corps à un autre endroit de la cathédrale, à l'occasion d'une installation de calorifère, on trouva, sur le squelette d'Erasme, des gonflements du cubitus et du tibia, des lésions osseuses, qui sont peut-être celles de son rhumatisme chronique goutteux, mais qui ont été attribuées, par le Professeur Wertheman, de Bâle, à la syphilis. Cette opinion a été partagée par le Professeur Bing, de Bâle, et par le Docteur Garrigues. Et cependant quand Ulrich Van Hutten, ancien admirateur d'Erasme, passe et repasse devant sa porte, à Bâle, Erasme se tient assis derrière

ses fenêtres closes et « refuse de recevoir ce fanfaron chargé de misère et de gale qui voulait lui emprunter de l'argent et cherchait un nid pour y mourir », ne voulant pas frayer avec le réformateur, mais aussi par crainte de la syphilis qu'Ulrich de Hutten avait contractée à 20 ans, au siège de Naples, et dont il souffrait toujours malgré le traitement par le gaïac. (Ulrich de Hutten recommande ce traitement dans un de ses opuscules, préfacé par Boerhave, et il y raconte sa guérison remarquable, c'est le « *Livre du Chevalier allemand, Ulrich de Hutten, sur la maladie française et les propriétés du bois de gaïac* » : le gaïac, importé d'Haïti ou St-Domingue, servait à faire une macération et une décoction ; Ulrich de Hutten alla, néanmoins, mourir à 35 ans dans l'île d'Uffenau, à l'extrémité du lac de Zurich).

Erasme s'appelle lui-même « amantior domi », nous dirions aujourd'hui « casanier ». A la fin de sa vie, il était devenu railleur, amer, d'humeur quinteuse, comme beaucoup de célibataires. Comme chez beaucoup d'entre eux, son intérieur était gouverné par une servante, Marguerite, dont il a transmis le souvenir à la postérité en la qualifiant de « Xantippe, de furax, rapax, bibax, mendax, loquax ». Dans ses *Colloques,* il dit cependant qu'une bonne domestique doit posséder trois qualités : être honnête (parce qu'elle n'entame pas l'avoir de son maître), être laide (ainsi les soupirants ne l'assaillent pas), bourrue et acariâtre (elle prend plus facilement à cœur les intérêts de son maître, en écartant les importuns).

***

Erasme a émis des opinions diverses sur la Médecine. D'abord, on relève de lui des propos comme : « La Médecine n'est, comme la Rhétorique, que l'art de jeter de la poudre aux yeux », ou bien : « La Médecine est l'art de plaire au malade. » « Je me suis abandonné aux médecins et aux apothicaires, c'est-à-dire à des bourreaux et des harpies ». Il écrit une satire sur les médecins au chevet d'un moribond : « Je n'appelle le médecin que lorsque je suis presque dégoûté de la vie et que le mal semble devoir m'emporter. »

Il reçut cependant les soins de Cop à Paris, de Boerio et Linacer à Londres. Paracelse, qui avait guéri, à Bâle, Froben avec son *labdanum,* lui offrit ses services, mais Erasme préféra attendre.

En d'autres circonstances, Erasme conseille l'étude de la Médecine aux jeunes gens, afin de pouvoir veiller à « leur santé, le premier de tous les biens ». La Médecine est un viatique assuré sur la terre ; en tous lieux, la Médecine est le gagne-pain le plus assuré. Il émet des principes d'hygiène sur la sobriété, sur le sommeil, sur l'allaitement maternel ; en ce deuxième point, il est un précurseur ; avant Rousseau, il émet un code de puériculture, — avant Pinard, il demande le lait de la mère pour l'enfant : « Un vase neuf gardera longtemps la première odeur dont il fut imprégné. »

Il blâme les femmes qui se fardent : « Le fard altère la beauté au lieu de la relever, et que dira votre mari quand, cherchant un baiser, il ne trouve qu'une plaque enduite d'une manière de bitume ? »

Il donne des préceptes sur l'eugénique, sur les précautions prénuptiales. Il envisage même la stérilisation par la castration. Il n'est pas partisan de la circoncision, qui émousse la sensation de volupté et cause de la douleur.

Il raille les superstitions, mais, en 1514, étant tombé de cheval, et étant incapable de faire un pas, il promet à saint Paul de terminer son travail sur l'*Epître aux Romains :* incontinent, il peut remonter sur sa bête et continuer sa route.

Plus inattendue est l'opinion qu'il professe dans son dialogue entre le poissonnier et le boucher sur la transmission, par un chevreau épileptique, de sa maladie à ceux qui mangent de sa chair.

Telles sont quelques opinions que l'on peut recueillir dans ses œuvres composées à diverses époques et surtout dans les *Colloques*.

D'après Nisard, Froben, l'imprimeur, composait au fur et à mesure qu'Erasme écrivait. La phrase à peine jetée sur le papier par Erasme ne lui appartenait plus ; un ouvrier de Froben venait la prendre et la portait toute humide à la presse. Aussi y avait-il quelquefois des contradictions entre ses écrits. La vie d'Erasme nous l'avons déjà vu, était pleine de variations. C'est ce qui nous expliquera que bien des réflexions sur la médecine et les médecins soient en opposition, avec un « *Eloge de la Médecine* », qui est peu connu, et que j'ai pu retrouver à la Bibliothèque de l'Académie de Médecine, grâce à l'obligeance du Dr Genty.

*
**

L'*Eloge de la Médecine* est dédié au Docteur Henricus Afinius (de Lier, ville du Brabant), « comme marque d'affection ». Il a été publié à Louvain le 13 mars 1518 (Erasme avait alors 51 ans), mais il avait été écrit longtemps auparavant. L'exemplaire de l'Académie de Médecine appartient au Fonds Daremberg et a été publié à Nuremberg, en 1525. Cet *Eloge* est fait sous forme d'un discours à des étudiants.

Il commence par affirmer la dignité, l'importance, l'utilité, la nécessité de la Médecine. La Médecine se recommande d'elle-même: Apollon et Esculape, les inventeurs de la Médecine, n'ont-ils pas été placés au rang des divinités ? Asclépiades était considéré comme un dieu par les Illyriens.

Erasme reconnaît les difficultés de la Médecine. Pline dénombrait déjà trois cents maladies, sans compter leurs variétés. Erasme énumère un certain nombre de cures remarquables dans l'histoire, montre l'utilité de l'obstétrique, de l'hygiène alimentaire et de la diète pour retarder la vieillesse ou pour améliorer les dispositions intellectuelles. Si le prêtre s'occupe de l'âme et peut tenter de nous détourner de nos péchés, le médecin nous rend physiquement capables de nous en guérir.

Erasme en profite pour critiquer les Rois ; il montre l'utilité des médecins attitrés des cours royales: ils peuvent, dit-il, remédier à la méchanceté des monarques; ceux-ci disposent, en effet, arbitrairement, de la vie et de la mort. Aussi est-ce devenu une habitude générale dans tous les pays de la terre d'avoir auprès de chaque prince un médecin capable de prévenir la confusion causée par l'esprit anormal d'un souverain.

La gloire de la Médecine est rehaussée du fait que les lois impériales et pontificales soumettent au jugement des médecins nombre de questions relatives à la naissance, à la puberté, aux empoisonnements, au mariage.

Erasme souligne l'importance de la Médecine chez les anciens depuis Moïse. Le Christ lui-même, n'a-t-il pas fait acte de médecin au cours de sa vie terrestre ? L'ange Raphaël n'a-t-il pas guéri la cécité de Tobie ? Il n'y a aucune partie de la vie qui puisse être réglée sans le secours de la Médecine. Erasme montre l'importance de la médecine et de l'hygiène sociales et le rôle capital des médecins dans les examens pré-nuptiaux, le choix des nourrices et les préventions des maladies.

Le médecin n'est-il pas le plus sincère ami qu'on puisse avoir ?

« De tout temps, dit Erasme, l'amitié a été regardée comme sainte et vénérable. Un homme est considéré comme un bon ami quand il reste fidèle dans l'adversité aussi bien que dans les moments

heureux, tandis que la plupart des hommes sont près de vous quand tout marche bien et s'éloignent lorsque vous êtes dans le malheur ; de même que les hirondelles viennent au printemps et s'enfuient à l'approche de l'hiver. Les médecins, comme les oiseaux appelés « seleucides » qui, dit-on, n'apparaissent jamais aux habitants du Mont Cassius, à moins qu'ils n'aient besoin de leur aide contre les sauterelles détruisant leur moisson, ne se présentent jamais dans de normales et heureuses circonstances, mais seulement aux heures du danger ; quand un homme est délaissé par sa femme et ses enfants, en cas de folie, de maladie inavouable ou de contagion, le médecin prend constamment soin de lui, le protège, lutte contre la maladie pour la vie de l'homme qui est en danger, quelquefois même au péril de sa propre vie. Combien est plus qu'ingrat celui qui, méconnaissant la douce assistance d'un tel ami, méprise le médecin quand le danger est passé, au lieu de le respecter et de le vénérer comme il respecterait un parent ; ou encore invite son médecin à dîner, se promène avec lui, l'assure de ses meilleurs sentiments, lui offre ses services, mais lui tourne le dos dès qu'il n'en a plus besoin. »

Erasme exalte peut-être un peu trop les avantages de la médecine, quand, opposant les médecins aux orateurs, aux avocats, aux poètes, il dit que la Médecine peut faire vivre et protéger ses adeptes en toutes circonstances, il ajoute : « Le médecin ne se soucie pas de ses honoraires, mais on mérite d'être puni pour grosse ingratitude si on ne le paie pas. »

Il réfute les détracteurs de la Médecine parmi lesquels il s'est trouvé lui-même en quelques ouvrages. S'il y a de mauvais médecins, il y a aussi des adultères parmi les prêtres, des meurtriers et des voleurs parmi les moines, mais que cela a-t-il à faire avec la religion qui est sublime ?

« De même la monarchie ne doit pas être condamnée en tant qu'institution parce que, sous le titre de monarques, quelques-uns agissent comme des voleurs et des ennemis de l'Etat. »

Il termine en disant :

« Donc, je vous félicite de tout mon cœur, hommes distingués qui avez le privilège d'exceller dans cette magnifique profession, et vous, jeunes gens, je vous exhorte à vous y appliquer de toutes vos forces et à vouer toute votre énergie à l'étude d'une science qui vous procurera honneurs, gloire, dignité, santé et par laquelle vous, à votre tour, vous serez plus qu'un bienfaiteur pour vos amis, pour votre ami, pour votre pays, et même aussi pour la race humaine. J'ai dit. »

*
**

Nous en avons terminé avec Erasme devant la Médecine et les médecins. Abordons maintenant Erasme devant la Psychiatrie.

Dans quelle mesure son *Eloge de la Folie* (*Encomium Moriæ*) intéresse-t-il les psychiatres ? Le titre de cet ouvrage leur promet plus qu'il ne tient.

En prenant possession, à la Salpêtrière, de mon service d'isolement psychiatrique, il y a une quinzaine d'années, j'ai trouvé une salle baptisée du nom d'Erasme, et dans cette salle se trouvait le portrait d'Erasme d'après Holbein. J'avais lu déjà l'*Eloge de la Folie,* mais j'ai cru que j'en avais mal compris les côtés psychiatriques. Je l'ai relu plusieurs fois depuis : il ne faut pas s'attendre à y trouver une série de types de maladies mentales.

Erasme, se dissimulant sous le costume et les propos de la Folie, fait une peinture terrible de son siècle, montrant tout d'abord plaisamment l'atmosphère de folie qui fait le charme de l'existence, faisant en quelque sorte l'éloge de diverses folies ou fantaisies, et passant ensuite en revue tous les personnages de son temps, qu'il ridiculise en montrant leurs travers d'esprit : aussi d'aucuns appellent-ils cette œuvre l'Eloge de la Sottise (*Laus stultitiæ*).

L'*Eloge de la Folie* est dédié à son ami, Thomas Morus « Votre nom de famille, dit Erasme à Morus, me rappelle celui de Moria que les Grecs donnent à la Folie. » Erasme déclare qu'il a écrit la *Folie* en retournant en Angleterre après son séjour en Italie ; il semble qu'il l'ait écrite chez Thomas Morus, en 1508 : le livre fut édité à Paris, en 1511, chez Gilles Gourmont.

Sans rappeler ici la vie et la mort tragique de Thomas Morus, il n'est pas inutile de rapprocher de l'*Eloge de la Folie,* l'*Utopie* de Thomas Morus qui fut écrite, semble-t-il, en 1515, et qui parut en 1516 ; l'*Utopie* offre une formule d'organisation intérieure et de politique extérieure pour une nation. Thomas Morus, à l'inverse des internationalistes actuels, maintient le principe de nationalité, mais, au demeurant, préconise nombre de principes révolutionnaires : suppression de la propriété et des valeurs monétaires, communauté de biens, etc... Cette *Utopie* relate, dans une première partie, le martyrologue du peuple anglais sous le roi Henri VII et constitue donc, comme la *Folie,* une critique violente de la société d'alors.

Mais, revenons à l'*Eloge de la Folie*. Nous allons trouver, dans les précurseurs d'Erasme, une explication du choix de ce titre qui peut sembler étrange à première vue.

L'habitude d'appeler fous (Tor), non pas tant les aliénés, ni même les sots, que ceux qui se trompent ou agissent mal, remonte chez les Allemands du XIIe siècle jusqu'au XVIIIe siècle.

Sébastian Brant (et il n'est pas le seul) s'inspire du passage de la Bible qui dit : « La folie est au cœur du garçon, mais la verge de la discipline l'en chassera. » (Salomon, Proverbes). Bien avant Brant, le plus célèbre trouvère de l'Allemagne, WALTHER DE LA VOGELWEIDE (? 1170-1230 ?) s'en prend aux fous.

Dans son lied sur l'ingratitude du monde, il s'écrie :

« J'ai beaucoup servi le monde
et le ferais encore volontiers...
mais quand je lui demande ce que je souhaite le plus ardemment,
il préfère le donner à un fou. »

Ailleurs, il personnifie le monde et dit :

« Tu iras à ta perte si tu écoutes les jeunes fous. »

Dans ses « *Sentences* », il appelle fou celui qui commet un péché capital et accomplit un acte honteux pour acquérir des richesses, il est fou également celui qui préfère les biens terrestres à la faveur divine, etc., etc...

A la folie, il oppose la modération, la mesure, l'équilibre des facultés : c'est déjà Erasme.

On trouve aussi, chez Walther de la Vogelweide, les mêmes critiques souvent fort acerbes contre la rapacité des moines, du clergé, voire du pape, que chez Brant et chez Erasme.

Un poète ambulant de la première moitié du XIIIe siècle, FREIDANK, originaire de l'Allemagne du Sud-Ouest, composa un recueil de sentences, maximes, proverbes, épigrammes et énigmes d'un caractère généralement satirique, dont s'inspirèrent jusqu'au XVIe siècle, un grand nombre de moralistes, sans excepter les prédicateurs.

La « *Bescheidenheit* » (bon sens) de Freidank, a joui, pendant plus de trois siècles, d'une popularité sans égale. Les fous y jouent un grand rôle :

« Qui mérite la haine des fous
En plaît d'autant mieux aux sages. »

« Qui veut réduire fous au silence,
N'a qu'à parler à leur guise. »

« Nous nous plaisons à nous-mêmes
C'est que la terre est pleine de fous. »

« Qui s'imagine être sage,
Est d'un fou le plus proche voisin. »

« Un fou se regarde en vain dans son miroir
Il ne se reconnaît jamais. »

Sébastian BRANT, qui vint ensuite, est né à Strasbourg en 1457. Il étudia le Droit à Bâle, y conquit, à 32 ans, le bonnet de docteur et publia une édition de Freidank, puis écrivit en 1494 sa célèbre « *Nef des Fous* » (Das Narrenschiff), qui, traduite en bas-allemand, en latin, en français, en anglais, et en néerlandais, a certainement inspiré à Erasme son « *Eloge de la Folie* ».

D'après Sébastian Brant, il y a, de par le monde, tant de fous que, pour les recueillir et les transporter, aucun véhicule ne saurait suffire. Il songe donc à équiper un vaisseau, qui est bientôt envahi. Les fous, qui ont conscience de leur état, n'y sont pas admis. On n'y accepte que ceux qui se targuent de sagesse et d'intelligence. Brant, en sa qualité de « rat de bibliothèque », se met à la tête de 113 fous, qu'il héberge dans sa Nef. Ces fous sont des avares, des ambitieux, des pédagogues maladroits, etc... Ils font voile vers la Narragonie (pays des fous). L'ouvrage était illustré de gravures faisant corps avec le texte. Sans grande valeur poétique, le livre, écrit en dialecte strasbourgeois, connut une immense popularité, due surtout aux intentions moralisatrices et patriotiques de son auteur. Un prédicateur célèbre de la cathédrale de Strasbourg, Geiler von Kaiserberg, n'hésita pas à prendre la *Nef des Fous* comme thème de ses sermons. Grâce à son entremise, Brant devint secrétaire de sa ville natale, où il mourut en 1521.

Mais, dès 1508, il avait trouvé un imitateur et un disciple en la personne du moine franciscain, Thomas MURNER, un compatriote, qui écrivit une « *Conjuration des Fous* », satire

véhémente et souvent grossière des vices et des travers de tous les temps. Son œuvre capitale est dirigée contre Luther. Dans le *Grand Fou luthérien,* il personnifie l'esprit de la Réforme, qui recèle tous les fous qui, sous les ordres de Luther, luttent contre l'Eglise catholique. La citadelle orthodoxe a Murner pour défenseur : Murner épouse la fille de Luther et la chasse incontinent. Luther meurt de chagrin et, avec lui, le grand fou, l'âme de la Réforme.

A Paris parut « *La Nef des Folz du monde* » de RIVIÈRE, sans doute inspirée de Brant.

Notons aussi que O. BOSCH a composé un dessin, la « *Nef des Fous* », qui est au musée du Louvre, et qui a obtenu un certain succès à la récente exposition de l'art flamand à Paris. Il est très probable que Bosch s'est inspiré de Sébastian Brant.

On sera moins surpris de la place que les fous (c'est-à-dire en somme les criminels, les sots, les gens vicieux adonnés aux passions, etc...), occupent dans la littérature du XVI[e] siècle, si l'on se rappelle que, dans les « mascarades et jeux du carnaval », les fous étaient les personnages principaux, incarnant les ridicules, les travers, les vices, voire les crimes, dont l'époque offrait le spectacle le plus varié. C'est de ces jeux que s'inspirent Brant et Murner. Erasme en a certainement été le témoin. Le ton satirique de son *Eloge de la Folie* est celui de tous les moralistes de la Réforme et de la Renaissance. Mais il est le seul qui ait eu plus que du talent.

Dans la première partie, la Folie fait son propre éloge (1) :

« C'est Plutus qui fut mon père, ce Plutus qui, n'en déplaise à Homère, à Hésiode et au grand Jupiter même, est le père des dieux et des hommes ; ce Plutus qui, aujourd'hui comme autrefois, bouleverse à son gré et met sens-dessus-dessous toutes les choses profanes et sacrées ; ce Plutus qui conduit à sa fantaisie la guerre, la paix, les empires, les conseils, les tribunaux, les assemblées des peuples, les mariages, les traités, les alliances, les lois, les arts. le sérieux, le plaisant, le... je perds haleine ! ce Plutus, enfin, qui gouverne, comme il lui plaît, toutes les affaires publiques et particulières des hommes ; ce Plutus, sans le secours duquel toute la troupe des dieux poétiques, et j'ose dire des grands dieux eux-mêmes, ou n'existerait point du tout, ou du moins ferait très maigre chère ; ce Plutus, dont la colère est si redoutable que Pallas elle-

(1) Traduction de l'Edition du Pot Cassé.

même ne saurait en garantir, et dont les faveurs sont si précieuses et la protection si puissante, que le mortel heureux qui en est l'objet, peut braver Jupiter et sa foudre. »

La mère de la Folie fut la Jeunesse. La Folie est née au milieu des transports délicieux de l'Amour ; l'Ivresse et l'Ignorance furent ses nourrices. Sa suite est composée de l'Amour-Propre, de la Flatterie (souveraine dans les cours), de l'Oubli, de la Paresse, de la Volupté et de la Démence. « C'est par eux que je gouverne ceux qui gouvernent le monde, dit-elle. »

Il faut avoir recours à la Folie, pour se procurer les plaisirs de la génération et renoncer aux principes des stoïciens. Sans la Folie, un homme raisonnable verrait tous les inconvénients du mariage, une femme sage envisagerait les incommodités de la grossesse et de l'accouchement.

Sophocle n'a-t-il pas dit : « La vie la plus agréable est celle qui se passe sans aucune espèce de sagesse. »

L'enfance et la jeunesse n'ont de joie qu'à cause de l'atmosphère de folie qui les entoure.

« Il n'en est pas de même de la vieillesse chagrine, sauf si la Folie la ramène vers les jours heureux de l'enfance, ou si la Folie lui apprend encore à dire le doux mot : « Je t'aime », qu'il serait à plaindre, alors, le vieillard, s'il jouissait de toute sa raison.

« C'est par le moyen de mes bienfaits qu'on voit partout tant de vieillards, accablés sous le poids des années, et qui n'ont presque plus figure humaine, être si fort attachés à la vie. Ils bégaient, ils radotent, ils n'ont plus de dents dans la bouche, l'on aperçoit à peine quelques cheveux blancs sur leur tête chauve ; malgré cela, ils aiment tellement la vie qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour passer pour des jeunes gens. L'un fait teindre ses cheveux blancs, l'autre cache son crâne pelé sous une chevelure étrangère ; celui-ci fait enchâsser dans sa mâchoire dégarnie les dents de quelque animal qui lui ressemble, celui-là meurt d'amour pour une jeune fille et fait pour elle plus d'extravagances que le jeune homme le plus novice et le plus fou. Quant à ces vieillards courbés qui, sur le bord du tombeau, épousent sans dot une jeune fille qui sera la femme des autres, c'est une chose si commune à présent, qu'on s'en fait, pour ainsi dire, une gloire.

Mais ce qui est bien plus divertissant encore, c'est de voir ces femmes décrépites, que la vieillesse semble avoir retranchées depuis longtemps du nombre des vivants, ces cadavres ambulants, ces carcasses infectes, qui exhalent partout une odeur sépulcrale, et qui, cependant, s'écrient à chaque instant : « Rien n'est si doux que la vie ! » Le cœur plein de désirs lubriques, elles ne songent qu'aux moyens d'assouvir la fureur utérine qui les possède encore ; elles cherchent partout quelque nouveau Phaon qui, pour de l'argent,

s'efforce d'apaiser le feu qui les dévore. Sans cesse occupées à se parer, elles se plâtrent le visage de fard, elles passent une partie de la journée devant le miroir, et cherchent à déguiser, par toutes sortes de moyens, les outrages secrets que les années ont fait à la nature. Tantôt elles montrent leurs mamelles flasques et dégoûtantes, tantôt elles tâchent de réveiller la vigueur de leurs amants par les glapissements de leur voix tremblotante et cassée. Elles boivent, elles dansent avec les jeunes filles et écrivent, comme elles, des billets doux à leurs amants..... »

La Folie n'a-t-elle pas donné à l'homme la femme pour compagne : « C'est un animal extravagant et frivole, mais il est aussi plaisant et agréable. En vivant avec l'homme, elle saura tempérer et adoucir, par ses folies, son humeur chagrine et bourrue..... »

« Trouver que les femmes sont folles, est le plus grand éloge qu'on puisse faire d'elles..... »

« Grands Dieux ! que de divorces, que d'événements plus funestes encore ne verrait-on pas arriver tous les jours, si la flatterie, les jeux, la complaisance, la dissimulation, les ruses, qui sont toutes des personnes de ma suite, ne soutenaient et n'entretenaient sans cesse l'union de l'homme et de la femme ! Ah ! qu'on verrait peu de mariages s'accomplir si le futur avait toujours la prudence de s'informer soigneusement de tous les petits jeux que sa sœur Agnès, qui paraît si modeste et si réservée, a joués longtemps avant les noces ! Et de ceux qui sont accomplis, combien y en aurait-il où l'union se conservât longtemps, si la négligence ou la sottise des maris ne les aveuglait sur les faits et gestes de leurs chères épouses ? Tout cela n'est que folie, on a raison d'en convenir ; mais cependant cette Folie qui fait que la femme plait au mari, le mari à la femme, c'est elle qui conserve la paix dans le ménage et qui empêche les ruptures et les divorces. On se moque d'un mari, on l'appelle cocu, cornard, que sais-je, moi, tous les noms qu'on lui donne ? pendant que le pauvre homme sèche par ses baisers les larmes perfides de son épouse infidèle. Mais n'est-il pas mille fois plus heureux de se livrer à cette douce erreur que de s'abandonner aux tourments et aux inquiétudes dévorantes de la jalousie et de semer partout la confusion et le désordre par des scènes violentes et tragiques ?..... »

C'est la Folie qui procure les plaisirs de la table : il n'y a pas de bon repas s'il n'est égayé par la Folie. C'est la Folie qui forme et entretient les amitiés, qui préside aux mariages, qui engendre les belles actions (la guerre elle-même, n'est-elle pas la conséquence de la Folie) et entretient la soif de gloire chez les artistes et les savants.

Parmi les satellites de la Folie, l'Ignorance ne fait-elle pas le bonheur des hommes : bien des sciences sont funestes et engendrent les désordres et les crimes.

« Cependant, parmi toutes ces sciences, les plus utiles sont celles qui ont le plus de rapport avec le sens commun, c'est-à-dire avec la Folie. Les théologiens meurent de faim, les physiciens se morfondent, on se moque des astrologues, on méprise les dialecticiens. Le médecin lui seul vaut mieux que tous ces gens-là. Malgré la difficulté de son art, plus il est ignorant, étourdi, effronté, plus il lui est facile de gagner la confiance du public et même celle des princes les plus huppés. D'ailleurs la médecine, surtout comme la plupart des médecins la pratiquent aujourd'hui, n'est qu'une espèce de flatterie et, à cet égard, on peut dire qu'elle ressemble pas mal à la rhétorique..... »

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, nous assistons au défilé des fous : les chasseurs, les bâtisseurs, les alchimistes, les joueurs, les superstitieux. Erasme raille ceux qui croient aux prodiges, aux miracles (ils font bouillir la marmite des prêtres et des moines), il fait la critique des saints protecteurs, des *ex-voto,* de ceux qui se targuent de titres de noblesse et exhibent les portraits de leurs ancêtres.

« Ce n'est pas seulement à chaque individu que la nature a distribué les dons heureux de l'Amour-Propre ; chaque peuple, chaque nation, chaque ville même, en général, a reçu une assez bonne dose. Les Anglais se vantent d'être beaux hommes, bons musiciens et magnifiques dans leurs festins. Les Ecossais sont fiers de leur noblesse, de leurs titres, de leurs alliances avec la maison de leurs rois et de leur subtilité merveilleuse dans les disputes scolastiques. Les Français se piquent de politesse ; les Parisiens se glorifient surtout d'avoir dans leur Sorbonne la plus savante école de théologie. Les Italiens, persuadés qu'ils possèdent exclusivement les belles-lettres et l'éloquence, se croient le seul peuple de la terre qui ne soit point enfoncé dans les ténèbres de la barbarie. Parmi eux, les Romains sont ceux qui jouissent le plus de cette douce erreur ; ils rêvent à la grandeur des anciens Romains et croient bonnement en tenir encore quelque chose. Les Vénitiens sont heureux en pensant à leur noblesse ; les Grecs, en songeant qu'ils sont les inventeurs des sciences et en s'arrogeant les titres de leurs anciens héros. Les Turcs, et toute cette multitude innombrable de Barbares qui couvrent les trois-quarts de la terre, se vantent d'être dans la vraie religion, et regardent en pitié les Chrétiens, qu'ils traitent de vils superstitieux. Les Juifs, bien plus heureux encore, vivent dans la douce attente de leur Messie et se tiennent toujours, en attendant, constamment attachés à la loi de Moïse. Les Espagnols veulent passer pour les plus grands guerriers du monde ; les Allemands, fiers de leur grande stature, se piquent aussi de savoir la magie et d'être de grands sorciers. »

Puis, le défilé continue : ce sont les comédiens, les musiciens, les orateurs, les poètes (qui ne peuvent composer que sur l'inspiration de la Folie), les jurisconsultes, les sophistes, les philosophes, les théologiens.

« Voici encore des gens que je rends presque aussi heureux que les théologiens, ce sont ceux qu'on appelle ordinairement religieux ou moines, quoique ces deux noms ne leur conviennent nullement, puisqu'il n'y a peut-être personne qui ait moins de religion que la plupart de ces prétendus moines ou solitaires. Y aurait-il rien sur la terre de plus misérable que cette espèce de gens, si je ne déguisais de mille manières différentes à leurs propres yeux, la turpitude et la bassesse de leur état ? Abhorrés partout comme des bêtes sinistres, leur rencontre seule est regardée comme un mauvais augure ; et, malgré cela, ils s'admirent comme des gens extraordinaires. Persuadés que la piété suprême consiste dans l'ignorance la plus crasse, ils se font une gloire de ne pas même savoir lire. Lorsque, dans leurs églises, ils sont occupés à braire d'un air stupide les psaumes qu'ils ne comprennent pas, ils sont très persuadés que Dieu, les anges et tous les saints du Paradis prennent beaucoup de plaisir à les entendre. Il y en a parmi eux, qui, fiers de leur malpropreté et de leur misère, vont de porte en porte demander l'aumône avec une arrogance et une effronterie extrêmes. Auberges, voitures, coches de terre, coches d'eau, on les rencontre partout ; partout ils vous assiègent et vous arrachent, à force d'importunités, des aumônes dont ils privent les vrais pauvres. Tels sont les illustres personnages qui, par leur saleté, leur ignorance, leur grossièreté et leur impudence, prétendent nous retracer la vie des apôtres..... »

« Produisons un peu sur la scène, dit la Folie, les Rois et les Princes qui m'honorent presque tous de la meilleure foi du monde, et parlons ouvertement de ces gens qui suivent ouvertement mes lois. Si les souverains avaient une demi-once de bon sens, leur condition ne serait-elle pas la plus triste et la plus malheureuse de toutes les conditions ? Se trouverait-il un seul homme qui pensât qu'une couronne mérite d'être achetée par le parjure ou le parricide, s'il avait considéré quel fardeau accablant s'est imposé celui qui veut remplir exactement tous les devoirs d'un bon prince ? En effet, un homme, qui s'est chargé de gouverner une nation, a renoncé à ses propres intérêts pour consacrer toute sa vie à ceux de la République. Occupé sans cesse du bonheur de son peuple, il doit montrer une soumission scrupuleuse aux lois, lui qui réunit dans sa personne le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif ; il doit répondre de l'intégrité des ministres et des magistrats, songer qu'étant exposé, lui seul, aux yeux de tous, il peut, par la sagesse de sa conduite, ressembler à un astre bienfaisant dont les douces influen-

ces répandent le bonheur sur la terre, ou, tel une comète funeste, semer partout la désolation et la mort. Il doit savoir que les vices des particuliers se remarquent à peine dans la foule, et que les effets n'en sont pas si funestes ; mais qu'un prince, par son élévation, est placé de manière que la moindre faute contre son devoir devient une source empoisonnée qui roule avec impétuosité le malheur au milieu de ses sujets. La naissance, les plaisirs, la liberté, la flatterie, le luxe et mille autres choses attachées à la condition des rois, les détournent ordinairement de leur devoir ; quel courage ne doit donc pas avoir celui qui a résolu d'y rester attaché ? Avec quelle attention ne doit-il pas veiller sur lui-même pour n'être pas séduit par ces sirènes enchanteresses qui cherchent sans cesse à l'en éloigner ? Et, sans parler des embûches, des haines et des autres dangers, qui menacent continuellement les jours d'un bon prince, ne doit-il pas songer qu'il rendra bientôt au Roi des Rois un compte exact de toute sa conduite, compte d'autant plus terrible que l'empire qui lui aura été confié sera plus étendu ? Oui, si les princes faisaient toutes ces réflexions, et ils les feraient s'ils étaient sages, je ne crois pas qu'ils puissent goûter dans toute leur vie un seul instant de repos et de plaisir. Mais j'ai soin d'écarter d'eux toutes ces inquiétudes chagrinantes, et c'est moi qui leur inspire de se reposer sur les dieux des soins de leur empire. Plongés dans la mollesse et les plaisirs, ils éloignent tout ce qui peut faire naître dans leur âme la moindre apparence de soins et d'inquiétude, et n'admettent dans leur familiarité que ceux qui savent les flatter sans cesse par des discours agréables. Ils croient remplir à merveille tous les devoirs de la royauté, en allant tous les jours à la chasse, en entretenant de superbes chevaux, en vendant à leur profit les charges et les emplois, en imaginant tous les jours de nouveaux moyens pour diminuer et faire passer dans leurs coffres les biens de leurs sujets. Il est vrai qu'en ceci ils n'agissent pas sans quelque précaution ; ils trouvent mille prétextes pour autoriser leurs vexations et donner l'apparence de la justice aux choses du monde les plus injustes, et ils ne manquent jamais de flatter un peu le peuple qu'ils dépouillent, afin de se ménager son affection du moins en quelque manière..... »

Erasme continue par la bouche de la Folie :

« Les Papes, qui sont les vicaires de Jésus-Christ sur la terre, ne mèneraient-ils pas aussi la vie la plus triste et la plus désagréable, s'ils allaient entreprendre de marcher sur les traces de ce divin Sauveur, s'ils s'efforçaient d'imiter sa pauvreté, ses travaux, sa doctrine, ses souffrances et son mépris pour les choses d'ici-bas ; s'ils songeaient que le mot « Pape » signifie « Père »

et que le titre de « Très-Saint », dont on les honore, les avertit de s'en rendre dignes ? Après toutes ces réflexions, quel est l'homme qui voudrait sacrifier tout son bien pour acheter une place si difficile à remplir, ou employer le fer, le poison et toutes sortes de violences pour la conserver après l'avoir acquise ? De quelle foule d'agréments et de commodités de toute espèce ne se priveraient pas tout à coup les Papes, s'ils allaient s'aviser un jour d'avoir de la Sagesse ? que dis-je, de la Sagesse ? s'ils avaient seulement un grain de ce sel dont parle Jésus-Christ ? A tant de richesses, d'honneurs, de puissance, de victoires, de charges, de dignités, d'emplois, d'impôts, de grâces, d'indulgences, de chevaux, de mulets, de gardes et de voluptés de toute espèce, on verrait succéder tristement les veilles, les jeûnes, les larmes, les prières, les sermons, les études, les soupirs et mille autres misères semblables. Mais que deviendraient tant de scribes, de copistes, de notaires, d'avocats, de promoteurs, de secrétaires, de muletiers, de palefreniers, de banquiers, de maque... ? (j'allais lâcher un mot trop gaillard ; ne blessons pas les oreilles chastes). Toute cette multitude de gens qui est si onéreuse..., si honorable, voulais-je dire, pour la cour de Rome, serait réduite à mourir de faim. Ce serait un grand mal. Mais ce qui serait encore bien plus inhumain, bien plus horrible, bien plus abominable, ce serait de vouloir réduire les Princes de l'Eglise eux-mêmes, ces véritables lumières du monde, au bâton et à la besace. Ne craignons point ce malheur pour nos Très Saints Pères. Ils laissent à saint Pierre et à saint Paul, qui ont du temps de reste, les peines et les travaux de la papauté et gardent pour eux les honneurs et les plaisirs qui environnent aujourd'hui le Saint-Siège apostolique. »

« Or, c'est moi qui fais que les Saints Pontifes sont ceux de tous les hommes qui mènent la vie la plus molle et la plus voluptueuse, et qui ont le moins d'inquiétude et de chagrin ; c'est moi qui leur persuade que Jésus-Christ a lieu d'être content d'eux, lorsque, revêtus de leurs habits mystiques et pour ainsi dire dramatiques, ils jouent le rôle de pasteurs de l'Eglise en faisant une multitude de petites cérémonies, en se qualifiant de Béatitude, de Révérence, de Sainteté, enfin en répandant sur la terre toutes sortes de bénédictions et de malédictions..... »

« La Fortune aime les Insensés. La Sagesse rend les hommes timides. Les fous, au contraire, nagent dans l'opulence, gouvernent les empires, en un mot jouissent du sort le plus heureux et le plus florissant.....

« La Folie n'a-t-elle pas été célébrée par Horace, Cicéron, Salomon, l'Ecclésiaste, Jésus-Christ, saint Paul ? La religion est tout à fait conforme à une espèce de folie et directement opposée à la sagesse..... »

« Mais, à propos, dit la Folie, j'oublie que je vous ai promis de finir. Au reste, si vous trouvez que j'ai un peu trop babillé ou qu'il me soit échappé quelque extravagance un peu trop forte, souvenez-vous, je vous en prie, que c'est la Folie, souvenez-vous que c'est une femme qui vient de vous parler. Mais rappelez-vous aussi ce proverbe grec : « *Un fou dit quelquefois de bonnes choses* », à moins que vous ne pensiez pourtant que les femmes font une exception à cette règle générale. »

« Je vois bien, continue-t-elle, que vous attendez une péroraison ; mais en vérité, vous vous trompez fort, si vous croyez que j'ai gardé dans ma mémoire tout le verbiage que je viens de vous débiter. Les Grecs disaient autrefois : « *Je hais un convive qui a trop bonne mémoire* » ; et moi je vous dis à présent : « *Je hais un auditeur qui se souvient de tout.* » Adieu donc, illustres et chers amis de la Folie, applaudissez-moi, portez-vous bien et divertissez-vous. »

Cet ouvrage eut un retentissement prodigieux. Les croyants n'eurent pas tort de le considérer comme une terrible satire de l'Eglise. Les abus qu'on lui reprochait avaient été signalés de longue date, mais l'*Eloge de la Folie* semble avoir ouvert la porte à la Réforme. Ce fut le « coup de trompette qui précède la bataille » (Amiel). Il y eut 27 éditions de la Folie du vivant d'Erasme, mais la Sorbonne ne condamna l'ouvrage qu'en 1542, six ans après la mort d'Erasme.

Erasme, en s'attaquant aux travers, aux ridicules, aux défauts et aux vices de son temps, a simplement fait œuvre de satirique et de polémiste. Il ne s'est guère intéressé aux anormaux et point du tout aux fous véritables. Il n'a vu que les travers de l'homme en annonçant qu'il décrivait la folie. Notre immortel Molière, en décrivant les travers des hommes, nous a peint au contraire de véritables types psychiatriques.

*
**

Erasme a fait école. Ne trouvons-nous pas chez quelques modernes une paraphrase de ses paradoxes, dans cette collection des *Eloges* publiés il y a quelques années, et qui ont trait à quelques-uns des défauts qu'Erasme plaçait dans la suite de la Folie, la Paresse, la Flatterie, etc. « Il y a des défauts commodes, utiles, nécessaires », ont dit dans leur avertissement les éditeurs de ces *Eloges*.

Dans son « *Eloge du Mensonge* », Etienne Rey nous dit : « Le grand attrait du mensonge, c'est qu'il a quelque chose de personnel. Il vous appartient, il est votre œuvre, tandis que la vérité vient du dehors, on la subit, elle ne se laisse pas manier à votre gré. » — « Ne confondez pas le mensonge avec l'hypocrisie et la perfidie : l'un est l'art de faciliter, d'embellir la vie, les autres ne sont que de méchants défauts... »

« L'amour existerait-il sans le mensonge ? N'est-il pas au contraire un vaste mensonge, un enchaînement continu de duperies et de malentendus ? La femme est la dupe de l'homme, à moins que ce ne soit le contraire... Il est dans la loi de l'amour que les amants cherchent à donner d'eux-mêmes l'idée la plus flatteuse... A la minute redoutable de la possession, que d'accords ne pourraient se faire, que d'unions seraient vite rompues si l'on ne dissimulait parfois certaines deceptions, si l'on n'avait l'art de laisser croire que le plaisir reçu est aussi grand que le plaisir donné, si l'on ne rusait pas, en attendant un bonheur qui parfois se refuse avant de se laisser saisir...

...Les savants, eux-mêmes, ne dédaignent pas de se servir du mensonge comme d'une méthode utile. Qu'est-ce, très souvent, qu'une hypothèse scientifique ? Tout bonnement l'art de plaider le faux pour savoir le vrai... »

André Beaunier fait *l'Eloge de la Frivolité*, en l'opposant à l'orgueil, à l'avarice, à la luxure, à l'envie, à la goinfrerie, à la colère, à la paresse. « La frivolité aide souvent les âmes à n'être point enlaidies, mais embellies par le péché et la souffrance... »

Faisant *l'Eloge du Désordre*, Gérard Bauer rappelle la phrase de M. de Bonald : « Toute révolution n'est qu'un effort que fait la Société pour revenir à l'ordre. » Et il ajoute :

« Il faut donc parfois concevoir le désordre lui-même comme un bienfait..... »

« L'ordre crée un automatisme qui enlève l'esprit d'initiative... Le désordre est une réaction de défense contre l'automatisme et la stérilité des existences trop ordonnées..... »

« L'harmonie est l'expérience du désordre : sans le désordre... on n'eût jamais établi les notions que nous possédons de l'harmonie..... »

« Le désordre n'aurait-il que cette vertu, par l'effet des pertes auxquelles il nous condamne, de nous apprendre à ne pas trop tenir à ce que nous possédons, de nous montrer constamment que nos biens peuvent nous fuir, qu'il faudrait le louer d'un tel enseigne-

ment. Ainsi, tout s'accordant, je crois, dit Gérard Bauer, que les existences désordonnées sont celles qui souffrent le moins de la pensée de leur fin. La vie est un bien qu'il faut toujours perdre : les natures ordonnées y croient parer en surveillant minutieusement l'économie de leurs jours. Mais l'ordre le plus strict, le plus avare, ne prévaut point contre le temps : il est finalement dévoré ; le désordre non plus : du moins enseigne-t-il mieux que l'ordre à ne pas trop tenir à ce qui lui sera fatalement retiré un jour... »

Bonnard fait *l'Eloge de l'Ignorance :* « Apprendre, c'est en quelque sorte vieillir... L'ignorance fait de grands rêves... »

Latzarus fait *l'Eloge de la Bêtise* qu'il distingue de la sottise : « La bêtise provient de l'ignorance, d'un esprit sans portée, d'une intelligence sans lumière et même parfois d'une intelligence distraite ou mal informée de certaines choses. »

« Seuls sont heureux les imbéciles, et seule la bêtise est couronnée en amour ou en affaires.. »

« En politique « ...c'est par la bêtise que l'on agit sur une majorité qui, par définition, est bête... »

« La bêtise est enviable. Elle épargne à ses favoris les inquiétudes qui torturent tous ceux qui pensent. Elle les comble de cette heureuse audace qui est le privilège de l'inconscience... »

(C'est dans un sens analogue qu'on a interprété quelquefois le *Beati pauperes spiritu* du Sermon sur la Montagne, dans l'Evangile selon saint Matthieu.

Une maîtresse de maison accomplie, qui était doublée d'une gouvernante d'un dévouement remarquable, mais automatique, disait à son mari : « Quel dommage qu'elle soit si bête. » Et son mari de lui répondre : « Si elle ne l'était pas, chère amie, ferait-elle un tel métier ? » Il faut, en effet, des intelligences de degrés divers dans les divers échelons de la Société).

Eugène Marsan fait *l'Eloge de la Paresse* et rappelle l'opinion de La Rochefoucauld : « Le repos de la paresse est un baume secret qui suspend soudainement les plus ardentes poursuites... »

« L'oisiveté est la halte et la couronne du travail... »

André Maurois, dans les *Discours du Docteur O'Grady,* et dans les *Silences du Colonel Bramble,* a, lui aussi, développé quelques paradoxes sur l'intelligence et sur la folie.

Le Peintre Beltarra dit :

« Vous auriez du talent si vous n'étiez affligé d'une certaine culture. Il faut qu'un artiste soit un crétin. Les seuls parfaits sont les sculpteurs ; les paysagistes viennent ensuite, puis les peintres en général, puis les musiciens, puis les écrivains. Les critiques ne sont pas bêtes du tout et les hommes vraiment intelligents ne font rien... »

« L'art est un jeu. L'intelligence est un métier. Tenez, moi, dit-il, depuis que je ne touche plus à mes pinceaux, je me surprends parfois à penser : c'est inquiétant... »

« Il y a peu d'hommes vraiment brillants qui n'aient au moins un fou parmi leurs ancêtres. Le monde moderne a été fondé par trois épileptiques : Alexandre, Jules César et Luther, sans parler de Napoléon qui n'était pas parfaitement équilibré. Et c'est un fait connu que la syphilis est la cause habituelle du génie... »

Le Docteur O'Grady s'exprime ainsi :

« La poésie est une folie rythmée..... »

« Un homme trop fin pour la classe où le hasard l'a fait naître est d'abord simplement jaloux et malheureux. Mû par ces sentiments, il construit ensuite une critique véhémente de la Société pour expliquer ses déboires et ses haines. Nietzsche avait du génie parce qu'il avait le délire de la persécution. Karl Marx était un dangereux maniaque. Seulement, quand les sentiments de mécontentement qu'il s'agit d'expliquer sont ceux de toute une classe ou de toute une nation, le théoricien passionné devient un prophète ou un héros, tandis que s'il se borne à expliquer qu'il aurait préféré naître empereur, on l'enferme..... »

« — Morale, dit le Major Pinker, enfermez tous les théoriciens.

« — Et les docteurs, dit le colonel Bramble.

« — Non pas tous, dit le Docteur O'Grady, et il continue :

« Nous agissons là-dessus tout comme faisaient les anciens. Tous les peuples primitifs ont admis que le fou est habité par un démon. Quand ses propos incohérents s'accordent à peu près avec les préjugés moraux de l'époque, le démon est bon et l'homme est un sain. Dans le cas contraire, le démon est mauvais et l'homme doit être supprimé. Suivant les lieux, les temps et les médecins, la sybille sera adorée comme prêtresse ou douchée comme hystérique. D'innombrables fous furieux ont dû échapper au cabanon grâce à la guerre et leur fureur en a fait des héros. Et dans tous les Parle-

ments, il y a au moins cinq ou six fous indiscutables, que leur folie même a désignés à l'admiration de leurs concitoyens. »

« — Dites cinq ou six cents, dit le Major Parker, et voilà la première parole sensée que vous ayiez prononcée ce soir. »

Et, à l'appui de l'opinion d'O'Grady, rappelons que le démon avait une origine divine chez les anciens et qu'il est devenu diabolique au moyen âge.

Si les auteurs modernes ont entendu plaider l'indulgence pour les travers humains, ou même en vanter l'utilité, Erasme, lui, avait voulu profiter des privilèges d'un bouffon, d'un Rigoletto, pour fustiger impunément les grands, les Rois, les théologiens, les Papes, et pour décrire non pas la Folie, mais les Folies.

« Tous les hommes sont fous et qui n'en veut pas voir,
Doit rester dans sa chambre et casser son miroir. »

Mais, à envisager un *Eloge de la Folie* du point de vue psychiatrique, et cette fois sans paradoxe, nous pourrions trouver maints arguments prouvant que les états psychiques morbides ont permis l'éclosion de belles œuvres ou de grandes actions.

*
* *

Si Erasme a fait défiler devant nous des types psychologiques, dont il a voulu nous dépeindre les ridicules, en nous montrant qu'ils peuplent le monde, et représentent dans leur ensemble notre Société, il conviendrait à nous, neuro-psychiatres, de montrer combien de types morbides dans l'humanité sont compatibles avec le génie.

Je ne voudrais pas reprendre longuement ici l'étude des rapports du Génie et de la Folie, à laquelle est attaché le nom de Moreau de Tours.

Moreau de Tours, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, a publié, en effet, en 1859, une étude intitulée : « *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire* », ou « *de l'influence des maladies sur le dynamisme intellectuel* », et incline vers l'opinion que la névropathie est une condition du Génie.

Avant lui, Lelut, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, dans sa « *Physiologie des hommes livrés aux travaux de*

l'esprit » (1843), avait dit : « Folie et Génie sont congénères, *in radice conveniunt.* »

Boerhave avait dit : « La mobilité extrême du cerveau et des nerfs est nécessaire au Génie, mais cette mobilité ne peut exister sans faiblesse, au lieu que la solidité qui fait la force demande des nerfs trop raides pour pouvoir penser. »

Génie et Folie ont toujours voisiné. Montaigne disait : « Il n'y a qu'un demi-tour de cheville pour passer de l'un à l'autre. »

Napoléon disait à Pinel : « Entre un homme de génie et un fou, il n'y a pas l'épaisseur d'une pièce de six liards. Il faut que je prenne garde de tomber entre vos mains. »

Et, n'est-ce pas une locution proverbiale que d'appeler l'imagination « la Folle du Logis » ?

Emile Deschanel, dans sa « *Physiologie des Ecrivains et des Artistes* », ou « *Essai de critique naturelle* », est d'avis que l'opinion de Moreau de Tours constitue un paralogisme, celui qu'on désigne par « Cum hoc ergo propter hoc ». Par contre, Lombroso a vu dans le génie une forme larvée de l'épilepsie. Toulouse, dans une enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie, déclare : « On peut admettre la théorie de Moreau de Tours qui déclare que le génie a pour condition un tempérament névropathique, c'est-à-dire l'état de ceux chez lesquels les émotions sont fréquentes et intenses, et qui sont voués de par leur nature à toutes les lésions fonctionnelles et organiques du système nerveux. »

Mais la névropathie peut être la conséquence et non la cause de la supériorité intellectuelle, elle peut en être indépendante ou représenter les deux expressions de mêmes conditions communes.

Au surplus, le Génie n'est pas que l'expression d'aptitudes innées. L'esprit souffle où il peut et, comme dit Toulouse, si la Révolution française avait été arrêtée en 1789, on ne pourrait dire ce que serait devenu Bonaparte : il n'aurait pas pu devenir général sous l'ancien régime et peut-être même, sans la chute de Robespierre, ne serait-il resté que général et n'aurait-il même pas été mis en valeur. Ce sont souvent des impondérables ou le hasard dans les batailles qui donnent la victoire et conséquemment accordent la gloire et la réputation d'un grand génie militaire. Tolstoï, dans la *Guerre et la Paix,* écrit à propos de la bataille de Borodino :

« Ainsi tous deux (Napoléon et Koutouzof), l'un en offrant la bataille, l'autre en l'acceptant, agirent d'une façon absurde et sans dessein arrêté. Mais les historiens, en raisonnant après coup sur le fait accompli, en tirèrent des conclusions spécieuses en faveur du génie et de la prévoyance des deux capitaines qui, de tous les instruments employés par Dieu dans les événements de ce monde, en furent certainement les moteurs les plus aveugles..... »

« Mais lorsqu'on pénètre au fond du moindre fait historique, c'est-à-dire au fond des masses où il s'est produit, on constate que la volonté d'un individu, non seulement ne guide pas ces masses, mais qu'elle-même est constamment dirigée par une force supérieure..... »

« Le fatalisme est inévitable dans l'Histoire si l'on veut en comprendre les manifestations illogiques ou du moins celles dont nous n'entrevoyons pas le sens et dont l'illogisme grandit à nos yeux à mesure que nous nous efforçons de nous en rendre compte..... »

« Les prétendus grands hommes ne sont que les étiquettes de l'Histoire : ils donnent leurs noms aux événements, sans même avoir, comme les étiquettes, le moindre lien avec le fait lui-même. Aucun des actes de leur soi-disant libre-arbitre n'est un acte volontaire : il est lié *à priori* à la marche générale de l'histoire et de l'humanité, et sa place y est fixée à l'avance de toute éternité..... »

A côté du fatalisme de Tolstoï, il faut tenir compte du fait que certains individus, atteints d'une tare physique, intellectuelle, ou d'une infériorité sociale, s'efforcent, par une tension de leur énergie, à conquérir une certaine supériorité. Erasme en était un exemple, par le caractère, alors considéré comme infâmant, de sa naissance, et par son infériorité physique. Et, par sa vie vagabonde comme par les contradictions de ses opinions, n'est-il pas un exemple d'instabilité psychique ?

Envisageons, maintenant, quelques types classiques mentaux, en cherchant à dégager l'influence qu'ils peuvent avoir sur le Génie. Tout d'abord, l'hypocondrie et la constitution hypocondriaque que notre Président du Congrès de Lille, le Professeur Abadie, a réhabilitée en la rangeant dans le chapitre des constitutions mentales morbides.

« C'est un genre de mélancolie provoquée par des troubles digestifs, dûs à un amas d'atrabile dans le cerveau. » C'est la maladie des hypocondres, c'est la maladie mirachiale des Arabes (de mirach, ventre). Saint Paul en voyait la maladie des ventres paresseux. Abadie la définit : l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense

de celle-ci. Félix Plater disait en 1609 : « Ils fatiguent les médecins. Ils désirent avec ardeur leur guérison. Ils essaient divers remèdes, et, à moins qu'ils ne se trouvent bientôt soulagés, ils changent de médecins et de médicaments. » Abadie montre, qu'associée à l'hyperémotivité constitutionnelle, elle se traduit par une anxiété orientée vers les phobies et les obsessions.

Mais ces troubles psychiques ou névropathiques sont quelquefois l'occasion de grandes manifestations de l'esprit. Aristote a dit que les grands philosophes, les grands politiques, les grands poètes, les grands artistes, étaient mélancoliques. Et l'épigraphe de l'*Eloge de la Folie* ne porte-t-il pas : « La tristesse réside dans le cœur des sages et la joie dans celui des fous. » Emile Deschanel ne dit-il pas que les hypocondriaques sont loin d'être rares parmi les hommes d'un génie véritable ? Les anxieux ne sont-ils pas dans la vie, par leurs scrupules, des hommes d'ordre et de précision, et, quelquefois, de remarquables organisateurs, et des déséquilibrés psychiques n'ont-ils pas été à l'origine d'actions remarquables ou de vies exemplaires comme celles des héros et des saints ?

Dans son étude sur l'Hérédo, Léon Daudet, tout en opposant le désarroi héréditaire à l'intelligence maîtresse d'elle-même, n'admet-il pas que les génies sont dus à une « décharge héréditaire » ?



Et, pour passer de ces généralités à des cas concrets, nous pourrions citer maintenant nombre de génies chez lesquels la tare morbide a été la condition d'œuvres remarquables dans des sens divers.

Je pourrais puiser, chez les auteurs que je viens de citer, nombre d'exemples typiques.

Deschanel cite le cas de Pascal qui, en bonne santé, écrit les « *Provinciales* », étincelantes d'esprit et de raison, modèles d'ironie et d'éloquence ; malade et infirme (ayant failli être précipité dans la Seine au Pont de Neuilly), il écrit les « *Pensées* », où il préconise comme un moyen de progrès moral l'asservissement de l'esprit.

La mélancolie et la misanthropie de Beethoven, provoquées par sa surdité, l'ont amené à se renfermer dans son art et à prendre la musique « comme la langue sacrée qui pouvait élever jusqu'à Dieu les passions humaines. » Peut-être faut-il

faire intervenir comme autres facteurs son alcoolisme et son hydropisie.

Récemment, Laignel-Lavastine, étudiant la psychose périodique dans l'Histoire, dans la Littérature et dans l'Art, a mis en relief ce syndrome dans le psychisme d'Héraclius et de Danton.

Notre collègue, le Professeur Loeper, dans une conférence sur les musiciens devant la médecine, a montré que les musiciens ont une hypersensibilité spécifique. « Les musiciens, dit-il, sont des plaques sensibles de la nature. L'anxiété de Massenet est proverbiale. La douleur des musiciens prend le monde entier à témoin et amène la création de la *Damnation de Faust* ou de *Tristan et Isolde*. Les souffrances physiques de Chopin tuberculeux et psychasthénique ont eu comme contre-partie des partitions géniales. Schumann eut six grandes crises psychiques avant son suicide. » Et, opposant les musiciens sains et équilibrés à ces génies morbides, Loeper conclut : « La maladie a pu stimuler le génie, en accroître la verve, la truculence ou l'expression, mais elle n'a pas à elle seule pu faire le Génie. »

Cette opinion, émise sur les génies musicaux morbides, peut s'appliquer aussi à nombre d'hommes illustres, de littérateurs ou d'artistes : je ne puis pas analyser ici le psychisme de Socrate, de César, d'Alexandre, de Molière, de Bonaparte, de Gœthe, du Tasse, d'Edgar Poë, d'Alfred de Musset, de Victor Hugo, de Guy de Maupassant, de Baudelaire, de Flaubert, de Goya, d'Oscar Wilde, de Verlaine, qui ont déjà exercé la critique des neurologistes et des psychiatres.

Je reviendrai cependant sur Luther que nous avons rencontré dans ses rapports avec Erasme. Il nous apparaît dans ses « *Propos de Table* » avec une âme débordante de passion et de vie, mais il avait des troubles physiques qui peuvent expliquer sa misanthropie, ses violences. Il semble avoir eu aussi, avant la Réforme, l'angoisse de la tentation sexuelle ; au couvent, il fatiguait ses supérieurs et confesseurs de ses scrupules et de ses manquements imaginaires. Ses angoisses disparurent lors de l'*événement de la Tour* à la Cloaca, où il eut l'illumination divine. Il semble même avoir eu des hallucinations et peut-être des idées de persécution. Il raconte ainsi une hallucination qu'il eut au Château de la Wartburg, où il s'était retiré : il avait la terreur de la solitude depuis son enfance et sa claustrophobie semble s'être accentuée à la Wartburg :

« Or, le diable survint pendant la nuit, sortit de ma boîte toutes les noisettes, qu'il brisa contre l'un des pieds de mon lit, en faisant de la sorte un violent tintamarre. Je n'y prêtai aucune attention et j'allais même glisser au sommeil, lorsque éclata dans l'escalier un épouvantable fracas à croire qu'un tas de barriques vides roulaient de marche en marche. Je n'étais pas sans savoir que de solides herses de fer barraient l'escalier de manière à interdire l'accès par en bas comme par en haut ; mais je sautai néanmoins hors de mon lit pour me rendre compte de ce qui se passait. Trouvant alors la porte close, je m'écriai : « Ah ! tu es là ? Restes-y. Je me recommande à Jésus-Christ dont il est écrit : Tu as soumis toute chose à tes pieds. Sur quoi, j'allai me recoucher. »

Dans ses « *Propos de Table* », il dit aussi :

« A l'âge où je suis à présent parvenu, rien ne me pique ou ne me préoccupe, sauf la persécution du diable qui déambule avec moi dans ma chambre à coucher et se rit férocement de moi. Dès que ses tentatives échouent contre mon cœur, il s'attaque à ma tête et me cause une extrême tribulation. Il m'inspire souvent des doutes sur la prière et insinue dans mon âme l'idée que j'omets de faire oraison avec assiduité. Le diable me harcèle si fort avec ses chicanes retorses et perfides que mon front est souvent baigné d'une sueur d'angoisse. Il m'arrive fréquemment de percevoir par le toucher et la vue qu'il dort plus près de moi que ma femme Catherine, en d'autres termes, qu'il me persécute plus qu'elle ne me réconforte et ne me donne de contentement. »

Pour conjurer le Malin, il vidait une canette de bière de Torgau ou s'adonnait à la musique. Mais, dans sa riche complexion, Luther trouva aussi la foi en Jésus-Christ, l'ardeur combative et l'esprit nationaliste, qui le firent triompher et accomplir la grande œuvre de la Réforme.



Pour terminer cette courte étude sur les rapports du génie et des tares physiques, je voudrais rapporter aussi l'exemple de J.-J. Rousseau, qui appartient à la Suisse et à la France :

Tronchin, qui fut son contemporain et qui eut des controverses avec lui, en particulier sur la question des cercles à Genève, a cru à une perturbation morale provenant de l'exagération de son orgueil. Rousseau croyait, du reste, que Tron-

chin s'entendait avec Voltaire : ce dernier traitait d'ailleurs Rousseau de « fou, philosophe des petites maisons, orgueilleux, ridicule, illuminé, sombre énergumène, un je ne sais quel charlatan sauvage ».

Abadie, dans son étude sur l'hypocondrie, que je rapportais tout à l'heure, a représenté J.-J. Rousseau comme un type parfait d'hypocondriaque, qui, même vers la fin de sa vie, tomba dans l'hypocondrie délirante. Le cas de Rousseau a été l'objet de nombreuses études de Morin (1851), de Mercier (1859), de Delasiauve, de Bourgeault (1883), de Sibiril (1900). Möbius (1889) avait pensé au délire raisonnant de persécution. C'est l'opinion adoptée par Gaspard Valette dans son livre sur la Folie de Rousseau, qu'il considère comme un « avenaire » genevois, homme à l'humeur rude et grondeuse, âpre et instable. Sérieux et Capgras (1909), Briand et Alombert, Toulouse, le considèrent comme un interprétateur. Sérieux et Capgras pensent que sa psychose était l'exagération hypertrophiée de son caractère orgueilleux et défiant. Citons également les études de Cabanès (1909), de Régis, de Libert, de Demole, de Froal, de Fritz Berthoud (1881). Régis en a fait un neurasthénique constitutionnel, artério-scléreux avec impulsions, exhibitionnisme, phobies urinaires et phobies diverses. Mlle Elosu a fait une étude sur la maladie de J.-J. Rousseau (1928), rappelant que Montassut et Génil-Perrin ont trouvé dans la vie psychique de Rousseau les éléments cardinaux de la constitution paranoïaque. Mlle Elosu, étudiant, à côté des troubles psychiques, les troubles urinaires, rapporte l'opinion de quelques auteurs qui ont pensé rattacher les contractions spasmodiques de l'urêtre à une valvule du col vésical ou à une sténose congénitale de l'urêtre.

Rappelons, enfin, que Chatelain, de Neuchâtel, a fait une étude des plus complètes sur la *Folie de J.-J. Rousseau :* il y passe en revue toute sa vie, montrant qu'il a été un aventurier jusqu'à 32 ans, qu'il a été l'homme des contrastes, l'inconséquence faite chair. Bernardin de Saint-Pierre a fait cependant l'éloge de sa bonté et de sa sensibilité. Parfois timide, il donne pourtant à Lausanne un concert sans savoir les premières notions de la musique. Puis, il devient méfiant et persécuté, mais ses persécutions avaient sans doute une base. Chatelain a montré cependant que ses écrits subissent le changement opéré dans son esprit. Avant le délire, ce sont le discours de Dijon, le discours sur l'inégalité parmi les hommes, la *Nouvelle Héloïse,*

le *Contrat Social,* l'*Emile,* où il y a cependant un étalage du moi. Depuis le début des persécutions, ce sont la *Lettre à Mgr. de Beaumont,* les *Lettres écrites de la Montagne,* puis les *Confessions,* les *Dialogues,* les *Rêveries d'un promeneur solitaire.*

Pour conclure, je rapporterai l'opinion de Raspail citée par Emile Deschanel sur Rousseau : « Jean-Jacques bien portant, eût été l'écho chéri de son siècle ; Jean-Jacques malade, en a été l'éloquent réformateur. »

Est-ce à dire qu'il faille faire à notre tour l'*Eloge de la Folie ?*



Certes, je n'ai pas voulu pasticher Erasme et faire un *Eloge de la Folie* à l'usage des neuropsychiatres, par simple paradoxe : je voudrais, en nous inspirant de la philosophie d'Erasme, vous demander l'indulgence pour tous les anormaux ou tarés de l'esprit.

Nous pouvons espérer, d'après les enseignements de l'histoire chez ces malades, quand nous les voyons au début de leur carrière, qu'ils deviendront utiles à l'humanité par une forme quelconque de leur activité. Nous avons donc un devoir envers eux et envers la Société et ce sera la conclusion pronostique et thérapeutique à laquelle nous aura conduit, par des chemins détournés, l'*Eloge de la Folie* d'Erasme.

Des allocutions de bienvenue furent aussi prononcées avant les séances de travail :

à Zurich, par M. Pfister, *Président du Conseil d'Etat du canton et par M. le Professeur* de Meyenburg, *Vice-Recteur de l'Université, le 21 juillet 1936 :*

à Berne par M. Mouttet, *Conseiller d'Etat, Chef du département sanitaire du canton de Berne, et par M. le Professeur* de Quervain, *Recteur de l'Université, le 24 juillet 1936.*

M. le Docteur O. Crouzon, *Président du Congrès, y répondit.*

A L'AULA DE L'UNIVERSITÉ DE ZURICH

ALLOCUTION DE M. LE CONSEILLER D'ETAT PFISTER,
Président du Conseil d'Etat du canton de Zurich

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

En ma double qualité de Vice-Président du Conseil d'Etat du canton de Zurich et de Directeur des Affaires Sanitaires de ce canton, j'ai le grand plaisir et surtout le grand honneur de vous souhaiter la bienvenue et de vous apporter les meilleurs saluts du Conseil d'Etat et du peuple de notre canton.

Mesdames et Messieurs,

Vue de loin, la Suisse paraît être un seul Etat, ou, comme on disait dans une certaine époque, une République une et indivisible. Il est vrai, certaines institutions de l'Etat sont fédérales, surtout l'armée, le soin des relations avec l'étranger et un certain nombre de lois, donc je vous épargne l'énumération. Vue de près, l'unité de la Suisse se dissout en un mosaïque de 25 cantons, dont chacun a ses propres lois et ses propres institutions. De plus, on n'y parle pas moins de quatre langues, le français, l'allemand, l'italien et le romand. Mais nous constatons avec satisfaction que la différence des langues ne divise point nos citoyens, et s'il y a une certaine division entre les citoyens suisses, ce n'est point la différence des langues qui en est la cause, mais ce sont tout simplement les partis politiques, comme partout. Sans doute, vous avez jugé comme nous que la différence de la langue maternelle ne nous sépare point et je vous remercie beaucoup d'avoir choisi un canton de la Suisse allemande pour vos travaux et vos réunions. Nous autres, Suisses allemands, nous estimons beaucoup la langue française avec son élégance et sa clarté, avec sa grammaire précise et très logique, et je pense qu'il n'y a

guère une autre langue qui soit aussi bien développée pour exprimer le plus exactement les pensées, surtout dans les sciences.

Dans le domaine des Cantons, nous trouvons surtout l'éducation et le service sanitaire. Par conséquent, c'est l'Etat qui entretient les écoles, depuis les écoles primaires jusqu'à l'Université. C'est l'Etat qui bâtit et entretient les maisons scolaires et les grands hôpitaux, et c'est toujours avec le consentement de notre peuple que nous avons construit les édifices les plus grands et les plus importants pour l'éducation et pour le soin des malades. Vous avez peut-être vu que le bâtiment de notre Université porte la fière inscription : « Par la volonté du Peuple ». J'ajoute également avec fierté que ce petit peuple zuricois n'a jamais refusé de verser même les plus grosses sommes pour les pauvres, les écoles et les hôpitaux. Etant donné que nous avons la chance de posséder une Université, nos hôpitaux, y compris les maisons d'aliénés, sont dans un contact permanent avec l'Université et les sciences, ce qui est naturellement dans l'intérêt mutuel et de l'Université et des hôpitaux, et nous permet d'engager pour les places supérieures de ce domaine des personnages très érudits et très capables. Nous sommes fiers de ces savants, et nous tenons à dire que ce sont des hommes, non seulement très savants, mais aussi des hommes très travailleurs et très dévoués à la haute tâche qui leur est confiée. Nous sommes persuadés qu'en choisissant Zurich comme lieu de réunion, vous avez voulu en même temps rendre hommage à nos professeurs et directeurs dans le domaine aliéniste et neurologiste, et je vous en remercie.

Nous constatons aussi que vous avez choisi précisément Zurich, dans votre voyage en Suisse, pour vos travaux et discours de vos rapporteurs, discours basés sur des travaux sérieux et des études soignées, basés sur un travail de longue durée, et qui sèmeront des bienfaits pour l'avenir, en faveur de nos pauvres malades. Nous vous remercions de ce travail au nom de tous ces hommes souffrant de ces maladies sinistres, fatales et souvent prescrites par un destin incompréhensible.

A côté de ce travail, vous avez heureusement l'intention de cueillir quelques fleurs de plaisir. Malheureusement, le temps qu'il fait n'est pas celui que nous aurions désiré, mais j'espère que ces nuages gris disparaîtront et que vous aurez l'occasion de voir, sous un ciel bleu et un soleil brillant, notre

belle ville de Zurich, d'admirer son beau lac où se miroitent tant de villages florissants, et de voir au loin des cimes neigeuses de nos montagnes. Vous verrez notre charmante campagne habitée par un peuple intelligent et travailleur, vous humerez son air frais, un air de franchise et de liberté, et je suis persuadé que vous sentirez partout la sympathie que vous présentent non seulement vos collègues de Zurich, mais aussi les autorités du canton et de la ville de Zurich et notre peuple tout entier.

Dans ce sens, je réitère mes grands remerciements d'avoir choisi Zurich comme lieu de travail et de visite, je vous souhaite le meilleur succès pour votre Congrès et je vous exprime encore une fois nos souhaits les plus chaleureux de bienvenue.

Allocution de M. le Professeur H. de Meyenburg,

Vice-Recteur de l'Université

Monsieur le Conseiller d'Etat,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Le Recteur de l'Université de Zurich, le Professeur Burgi, empêché, à son très vif regret, d'assister à cette séance, m'a chargé, en ma qualité de Vice-Recteur, de le représenter. C'est donc en son nom ainsi qu'au nom de notre Université tout entière que j'ai l'honneur et le très grand plaisir de vous souhaiter une cordiale bienvenue. En venant tenir vos assises dans les villes universitaires de la Suisse alémanique, vous manifestez votre intention de maintenir et de raffermir les multiples liens qui unissent vos pays au nôtre. Nous vous en remercions, Mesdames et Messieurs, car c'est là notre grande préoccupation, à nous autres Suisses, de vivre en bons termes et en bonne entente avec tous les peuples du globe, sur le terrain politique et dans le domaine de l'esprit avant tout.

En ouvrant à cette illustre assemblée les portes de son Aula et de ses auditoires, notre Alma mater vous offre une hospitalité bien helvétiquement sobre, il est vrai. Cependant, peut-être que le décor modeste qui vous entoure, ne vous fera pas oublier qu'à l'Université de Zurich, les disciplines que vous

représentez, la Psychiatrie aussi bien que la Neurologie, ont eu un certain rayonnement. Qu'il me soit permis de rappeler en toute modestie et très brièvement les noms de quelques-uns des hommes éminents, qui, chez nous, ont contribué au progrès des sciences qui vous sont chères.

Vous n'en voudrez pas à l'anatomo-pathologiste d'évoquer la mémoire de Guillaume Griesinger, qui fut un des premiers, sinon le premier, à appliquer à l'étude des psychoses la méthode anatomo-pathologique. Griesinger, alors professeur de médecine interne à notre Faculté, inaugura, dès 1862, les premières leçons cliniques de psychiatrie, qui eurent un gros succès. Ce fut une innovation ; car, à cette époque-là, fort peu d'Universités de langue allemande avaient adopté cette branche d'enseignement. La chaire de Psychiatrie fut créée, en même temps que l'asile du Burghölzli, en 1870, et son premier titulaire fut Bernard Gudden, qui l'occupa jusqu'en 1872. Il nous quitta pour la Bavière, où il trouva une mort tragique. Après lui, Gustave Huguenin et Edouard Hitzig firent l'enseignement des maladies mentales, chacun d'eux pour peu de temps seulement. Leur successeur fut Auguste Forel, aliéniste aussi distingué que naturaliste, dont l'intelligence puissante et originale marqua de son empreinte profonde une œuvre scientifique et sociale, qui est encore toute présente à notre mémoire. Il me paraît tout particulièrement indiqué de rappeler aujourd'hui, au milieu de votre assemblée de langue française, le souvenir de cette illustre et vénérable figure, qui, enfant de la terre romande, vint professer sa science en pays de langue allemande.

Forel eut pour successeur son éminent élève, Eugène Bleuler, que j'ai un plaisir tout particulier de saluer parmi vous. C'est avec une grande vénération que je rends hommage à ce maître, dont l'esprit critique et puissamment créateur à la fois, laisse une trace indélébile.

Passant rapidement en revue l'histoire de la Neurologie à notre Université, vous n'ignorez pas que la plupart des aliénistes que je viens de nommer, se sont occupés de travaux neurologiques également. Je voudrais y ajouter le nom de Frédéric Goll qui, avant d'être nommé professeur de Pharmacologie, s'était distingué par ses recherches bien connues sur l'anatomie de la moelle épinière.

Cependant, le début de l'école neurologique de Zurich proprement dite est marqué par l'avènement de Constantin de

Monakow. Fondateur d'un Institut d'Anatomie cérébrale, étroitement joint à une policlinique neurologique, il y déploya une activité scientifique dont vous savez tous le prodigieux succès. Aussi, je m'en voudrais d'en faire ici le récit, qui resterait incomplet et imparfait forcément, et où pourtant la moindre omission ferait tort à l'œuvre une et indivisible, subtile et grandiose à la fois, qu'est l'œuvre de Monakow.

Messieurs, en terminant ce rapide aperçu, je voudrais former ce vœu : que le 40e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française puisse trouver, dans le cadre de notre Université, une ambiance propice à ses travaux. Et puissent les discussions que vous allez entamer, tout en s'inspirant des acquisitions du passé et tout en traitant les grands problèmes du temps présent, ouvrir la voie à un glorieux avenir de vos sciences.

Réponse de M. le Dr O. Crouzon,

Président de la 40e Session

Après avoir remercié M. le Conseiller d'Etat Pfister et M. le Professeur de Meyenburg, M. le Professeur Doyen Löffler, le Professeur Maier et le Comité local de Zurich, le Président s'exprime en ces termes :

Parmi les grands hommes qui ont illustré Zurich, il faut citer Zwingli, qui était né en 1484 à Wildenhaus, dans le canton de Saint-Gall, et qui fut un des apôtres de la Réforme suisse. Après avoir été Professeur au Collège Saint-Martin de Bâle, et en 1516 curé de Glaris, il assista comme aumônier à la bataille de Pavie et à celle de Marignan ; il fut ensuite prédicateur à Einsiedeln, puis à la cathédrale de Zurich.

Le moine Samson étant arrivé pour vendre des indulgences, il commença à prêcher contre lui : en 1521, étant chanoine de la cathédrale de Zurich, il se rallie à la Réforme et rejette l'adoration de la Vierge, le jeûne, la messe, les pèlerinages, l'adoration des Saints, le célibat, le Purgatoire, la suprématie du Pape. Il se réclame des Ecritures contre l'Eglise ; l'évêque de Constance dirige un mandement contre lui.

En 1528, il introduit la Réforme à Berne, et en 1529 a une entrevue à Marburg avec Luther, duquel il se rapproche. En

1529 et en 1531, a lieu la guerre entre les cantons catholiques et les cantons protestants. Le Conseil de Zurich lui donne l'ordre d'accompagner les hommes qui partent en campagne contre les cantons de Schwitz, d'Uri, de Unterwald, de Zug, de Lausanne, mais il tombe à la bataille de Cappel, le 11 octobre 1531.

Il fut le premier des réformateurs, même avant Luther. Il semble avoir compris, mieux que Luther, toute la portée de la réforme. Luther n'était pas encore au clair avec ses principes que Zwingli avait déjà entrepris de travailler à la restauration du culte primitif.

Je citerai la famille HIRZEL, dont un médecin à Zurich fut l'auteur du « *Socrate rustique* ».

Je citerai également PESTALOZZI, célèbre éducateur suisse, né à Zurich en 1746 et mort à Brugg en 1827. C'est en 1775 qu'il commença sa carrière pédagogique en recueillant 50 petits malheureux, dont il se fit le père et l'instituteur. Il fonda en 1798, à Stanz, un Institut pour les enfants pauvres, fut maître d'école ensuite à Burgdorf, se transporta en 1804 à Munchen-Buschee, puis à Iverdun. D'après lui, l'instruction doit avoir pour base l'intuition sensible et intellectuelle, et l'éducation de l'enfant doit se faire par l'exercice libre et graduel de toutes ses facultés, appliqué aux objets de l'enseignement qui se suivent dans l'ordre naturel. Il faut exercer les facultés de l'enfant en prenant certaines opérations comme point de départ.

Je rendrai hommage à un médecin suisse du XVII[e] siècle, qui exerça à Schaffouse, — je veux parler de PEYER. Schaffouse, au XVII[e] siècle, était un centre d'attraction pour les étudiants étrangers. Peyer fit ses études à Schaffouse, puis à Bâle, il revint ensuite à Schaffouse, puis il vint à Paris, où il devint le collaborateur de l'anatomiste du Verney. Il revint soutenir sa thèse à Bâle, puis revint à Schaffouse, où il fut professeur. Son ouvrage, « *De glandulis intestinorum* » (Schaffouse, 1677), l'a fait passer à la postérité par la dénomination classique des « plaques de Peyer ».

Rendons également hommage à un homme éminent dont les cendres reposent au cimetière central de Zurich : Henri DUNANT, le célèbre philanthrope et homme de lettres suisse, qui est né à Genève en 1828 et fut frappé en 1859 à Solférino des horreurs du champ de bataille. Il publia un *Souvenir de Solfé-*

rino et c'est sous son impulsion que fut créée en 1862 l'Association Internationale Sanitaire. Puis, à la suite de la Conférence de Genève, en 1863, fut établie le 22 août 1864 la Convention de Genève sur les Blessés.

Henri Dunant avait publié en 1864 son « *Etude sur la Charité et la Fraternité en temps de guerre* » et, auparavant, en 1863, il avait fait une « *Etude sur l'Esclavage chez les Musulmans et aux Etats-Unis d'Amérique* ». Il publia aussi une « *Etude sur la rénovation de l'Orient* » en 1865. Dunant avait obtenu du Conseil Fédéral suisse, en 1897, le Prix Binet-Fendt et fut lauréat du Prix Nobel en 1901.

Henri Dunant restera célèbre pour son œuvre admirable de la Croix-Rouge, qui est maintenant une institution respectée par toutes les nations civilisées et à laquelle, nous médecins, nous sommes particulièrement attachés.

A L'AULA DE L'UNIVERSITÉ DE BERNE

ALLOCUTION DE M. LE CONSEILLER D'ETAT MOUTTET

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Les médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, après avoir été les invités de Bâle et de Zurich, sont aujourd'hui les hôtes du canton et de la ville de Berne. Nous sommes sensibles à l'honneur qu'ils nous font et que nous devons vraisemblablement au fait que le canton de Berne étend sa souveraineté aussi bien sur la partie romande que sur la partie alémanique de la Suisse et qu'il possède des maisons de santé dans l'une et dans l'autre de ces régions de notre pays. Ce n'est donc pas un paradoxe de dire qu'en pénétrant sur le sol bernois, ils ont fait un premier pas dans la Suisse latine.

En qualité de membre du gouvernement bernois, je me fais un plaisir de vous souhaiter la plus cordiale bienvenue. La municipalité de Berne, fière de vous voir siéger dans la ville fédérale, m'a prié de joindre à l'expression de gratitude et aux souhaits de bienvenue du canton ceux de la ville et de sa population.

En traversant une partie de notre pays, vous auriez eu l'occasion de voir quelques-unes de ses beautés naturelles si le temps avait été plus propice. Bien qu'elle nous ait gratifié en abondance d'air pur et d'eau fraîche, la nature ne nous a cependant pas mis à l'abri des calamités et des maux qui frappent l'humanité. Nous vivons une époque où les peuples paraissent atteints de folie collective au point de vue politique, économique et social. Si, chez nous, le déséquilibre nerveux est moins accentué qu'ailleurs, nous devons cependant veiller à la santé de l'intelligence et des sentiments affectifs, à la discipline morale et au développement spirituel de la population.

Nous faisons notre possible pour améliorer nos conditions d'hygiène et nous luttons pour prévenir, guérir ou atténuer

les maladies mentales. Nous savons bien que les résultats thérapeutiques des grands et coûteux hôpitaux ne sont pas toujours en rapport avec leur agencement et leur perfectionnement. Nous nous efforçons cependant de suivre la marche des progrès techniques et scientifiques, mais nous sommes bridés par les restrictions auxquelles la crise nous condamne.

Si vous ne rencontrez rien de nouveau chez nous, vous trouverez en tout cas des applications et des adaptations à nos conditions propres des principes et des méthodes que vous préconisez. Vous aurez ainsi la satisfaction de constater que vos recherches, vos travaux et vos efforts ne sont pas vains et qu'au contraire ils contribuent à la découverte des causes prochaines ou lointaines, familiales ou sociales des troubles mentaux, ainsi que des moyens de les prévenir et de les guérir. Malheureusement, dans ce domaine, tout ce qu'on sait n'est rien en comparaison de ce qui reste à savoir, comme disait Descartes.

La Suisse, située au carrefour des nations, fournit un terrain propice à l'interpénétration de diverses civilisations. C'est un point d'observation non seulement de ce qui se passe en politique, mais aussi de ce qui se fait dans les sciences. Au point de vue politique, nous formons un petit pays où l'on parle des langues différentes, où l'on rencontre plusieurs races, où l'on professe diverses religions. C'est le pays le moins unitaire de la Société des Nations et cependant celui qui ressemble le plus à celle-ci par ses beaux côtés. Son peuple met toute sa fierté à défendre ses droits et ses libertés, son indépendance et sa neutralité. Ses habitants collaborent dans l'ordre et dans la paix à la réalisation d'un même idéal qui trouve son expression dans notre belle devise : Un pour tous, tous pour un !

Appliquons cette formule dans le domaine de la science qui, elle, ne connaît pas de frontières, et mettons-là au service de l'humanité : vos savants, comme les nôtres, trouveront un champ commun d'activité immense. C'est là, du reste, le but de votre Congrès. Vos riches et féconds travaux feront progresser, j'en suis sûr, par un double effort d'analyse et de synthèse, la noble science que vous cultivez. Puissiez-vous emporter du court séjour que vous faites chez nous une ample moisson de beaux et d'agréables souvenirs, ainsi que le goût d'y revenir, le flambeau à la main, pour renouer et raffermir les liens d'amitié qui unissent la Suisse à la France et aux pays latins !

Allocution de M. le Professeur de Quervain

Recteur de l'Université de Berne

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Ma qualité de Recteur me confère l'honneur et le plaisir de vous recevoir ici et de vous souhaiter, au nom de l'Université de Berne, une très cordiale bienvenue.

Votre itinéraire vous a conduits déjà dans deux centres médicaux de notre pays : Bâle, la patrie de Félix Platter, le célèbre médecin du XVI[e] siècle à qui nous devons la première classification des différentes formes d'aliénation et la description fort bien observée d'un certain nombre de troubles mentaux ; Zurich, où vous avez visité la clinique dans laquelle ont travaillé les grands aliénistes Forel et Bleuler, et le Musée de Pathologie nerveuse du fameux neurologiste Monakow.

L'Université de Berne est beaucoup moins ancienne que celle de Bâle et moins richement dotée que celle de Zurich. Notre ville, au cours des siècles, a fourni plus d'hommes d'Etat et de soldats que de savants. Elle s'honore cependant d'avoir apporté sa part au développement du domaine particulier qui est le vôtre. C'est au grand Haller que nous devons, en Physiologie et en Pathologie, la notion de *l'irritabilité,* notion qui n'était pas une simple théorie, mais reposait sur des faits expérimentaux. En effet, Haller était, non seulement botaniste, anatomiste et poète, mais il dota encore son époque du premier grand traité de Physiologie expérimentale.

Un siècle plus tard, Kocher et Sahli venaient enrichir la Neurologie clinique de travaux importants, voire fondamentaux. Kronecker, pour ne nommer que les défunts, a continué en quelque sorte l'œuvre physiologique de Haller, et Dubois a introduit, dans la Psychothérapie, des principes qui sont encore aujourd'hui la base de tout traitement rationnel.

Le Canton de Berne s'est montré à vous au cours de votre voyage sous son aspect champêtre. Vous avez vu ses villages tranquilles, perdus dans la verdure, vous avez aperçu et deviné, au-delà de la riche campagne, le paysage alpestre qui la continue et vous vous êtes dit, peut-être, que les conditions qui président à l'existence saine et réglée — chantée par Haller —

de nos paysans et de nos montagnards doivent être bien peu favorables au développement de troubles du système nerveux. La visite à la Waldau, que vous allez faire cet après-midi, sous la conduite de notre distingué aliéniste le Professeur Klaesi, vous convaincra qu'il n'en est point ainsi. Notre population, bien que rurale en grande majorité, est à l'abri il est vrai des facteurs pathogéniques de la grande ville, mais n'est pas plus qu'une autre affranchie de la loi générale. Elle connaît la lutte pour l'existence, elle a ses difficultés — particulièrement lourdes aujourd'hui — comme aussi sa part de maladies mentales. Nous avons donc besoin d'asiles d'aliénés et d'un enseignement clinique des maladies mentales. Vous verrez que notre Gouvernement y a pourvu.

La crise qui secoue, en ce moment, le monde entier, déchaîne un véritable vent de folie. De tous côtés, on cherche un remède dans les solutions extrêmes. Aucune branche de la médecine n'est à même, mieux que la vôtre, d'étudier les phénomènes psychiques suscités par la tourmente.

Puisse votre activité être, non seulement curative, mais exercer aussi une action prophylactique et puissent vos débats, en particulier vos études sur les facteurs héréditaires de certaines maladies mentales, nous éclairer dans nos efforts.

Laissez-nous, en terminant, vous exprimer le vœu que ces quelques jours passés au milieu de nous, vos visites dans nos établissements et vos échanges de vues apportent une contribution durable à la grande tâche qui vous est dévolue.

Réponse de M. le Docteur O. Crouzon

Président du Congrès

Le Président, après avoir remercié M. le Conseiller d'Etat Mouttet, chef du département sanitaire du canton de Berne, M. le Dr de Quervain, recteur de l'Université, le professeur Klaesi et les membres du Comité local de Berne, s'exprima ainsi :

Je rendrai tout d'abord hommage à quelques médecins de Berne que nous avons connus et dont un certain nombre d'entre nous — qui étaient personnellement liés avec eux — ont ressenti la disparition avec une vive émotion.

Sahli, né le 23 mai 1856, fit ses études à Berne, Leipzig, Vienne, Londres, et à Paris chez Charcot. Docteur en médecine en 1879, professeur de clinique médicale à Berne à 32 ans en 1888, il publia des travaux sur la chirurgie du cerveau du point de vue de la médecine interne en 1891, une étude sur le traitement du tétanos en 1895 ; il a étudié l'ankylostomiase chez les travailleurs du Saint-Gothard. Il a été l'un des créateurs de l'hématimétrie, par l'examen du taux de l'hémoglobine. On a de lui des travaux sur l'exploration de l'estomac à l'aide du repas d'épreuve et son nom est attaché à une épreuve qui permet d'explorer la sécrétion externe du pancréas ; il a créé un hémomètre et un sphygmo-manomètre. Il a publié des recherches cliniques en trois volumes, a fait des études sur la tuberculinothérapie avec la tuberculine de Béraneck et des travaux sur la nature des névroses. Aucun chapitre de la médecine interne ne lui est resté étranger. Il s'est efforcé de mettre à la disposition du praticien les méthodes de laboratoire les plus exactes, faisant ainsi l'union de la médecine pratique et du laboratoire. Il est toujours resté fidèle à son pays, malgré les offres d'enseignement à l'étranger qui lui ont été faites.

Kocher, dont M. le Recteur de Quervain est le digne successeur, a été connu de nous, neurologistes, par sa thérapeutique chirurgicale des affections du corps thyroïde. Né le 25 août 1841 à Berne, il y est mort le 27 juillet 1917. Il a débuté comme assistant à la Clinique Chirurgicale de von Luecke. Ses recherches sur la pathologie du corps thyroïde, sur la cachexie thyréoprive lui ont valu le Prix Nobel. Son activité s'est portée sur diverses branches de la chirurgie ; en dehors de la chirurgie du corps thyroïde, il a fait faire de grands progrès à la chirurgie du crâne et du rachis, à la chirurgie du trijumeau, à la chirurgie intestinale. Il a doté l'arsenal chirurgical d'instruments connus du monde entier.

Quincke, dont Paul Dubois fut l'assistant au vieil hôpital de l'Isle, est célèbre par ses travaux sur l'œdème qui porte son nom et par la voie nouvelle qu'il a ouverte à la neuropsychiatrie par la ponction lombaire. Originaire de Francfort, il fut professeur ordinaire à Berne en 1873 avant de passer à Kiel et de retourner à Francfort.

Paul Dubois est né à La Chaux-de-Fonds en 1848. En 1860, il fit ses études au Collège de Genève et, à l'âge de 12 ans, il y rencontra Jules Déjerine, avec lequel il resta toujours lié.

Avec Déjerine, il fréquenta le Laboratoire de Prévost. En 1870, il partit pour Berne, où il devint l'élève de Naunyn.

Paul Dubois s'établit à Berne en 1876, devint privat-docent et premier assistant de la policlinique médicale. Il fit un cours d'électrothérapie, puis fonda la clinique privée Victoria où, jusqu'à sa mort, il soigna la plus grande partie de ses malades.

C'est Paul Dubois qui a créé et défini le terme de « psychonévrose » et qui, d'après sa conception de la nature et du traitement des troubles nerveux, a établi des réactions thérapeutiques et fait usage de la persuasion.

En 1902, le canton de Berne nomma Paul Dubois professeur extraordinaire de neuro-pathologie, et il fut Président du 2[e] Congrès International d'Electrologie et de Radiologie médicale. Il fonda, en 1908, la Société Suisse de Neurologie avec von Monakow.

Il eut la déception, en 1914, de ne pas voir aboutir, en raison de la guerre, le Congrès International de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie, projeté pour 1914 à Berne, et qu'il avait été chargé d'organiser avec Louis Schnyder. Paul Dubois mourut le 4 novembre 1918, peu de jours avant l'Armistice, mais il avait pu se réjouir de la nouvelle de la fin prochaine de la Grande-Guerre.

***

Je désire maintenant rendre hommage à Albrecht von Haller, un des plus illustres enfants de Berne, dont la statue se dresse devant l'Université.

Avant qu'il eût atteint l'âge de la vieillesse, il était déjà célèbre dans toute l'Europe, dans tout le monde savant. Médecin, chirurgien, professeur d'anatomie, de botanique — il eût aussi bien enseigné l'histoire, les langues anciennes, la littérature moderne, — philosophe et poète, ingénieur, homme politique, diplomate, il a parcouru presque tout le cycle des connaissances humaines, abstraction faite de la musique et de l'architecture. Dans les domaines les plus variés, il a laissé des traces durables de sa prodigieuse activité, de la souplesse et de l'originalité de son esprit. Par son universalité, par son goût des larges synthèses, par sa sympathie pour les grands problèmes religieux et moraux, par sa tolérance aussi, il s'apparente aux penseurs les plus éminents du siècle de la Renaissance et de la Réforme. Il a fait honneur, non seule-

ment à son pays, mais au XVIIIe siècle tout entier, dont il est, à bien des égards, un des plus illustres représentants.

Victor Albrecht von Haller est né le 17 octobre 1708 à Berne. Son père, homme de goût, juriste distingué qui s'intéressait aux questions religieuses, le destina à l'état ecclésiastique et le fit élever dans une maison de campagne située sur les rives boisées de l'Aar, à l'ouest de Berne, et qu'on appelle encore aujourd'hui « Hasli ».

Albrecht von Haller montra une intelligence très vive et d'une rare précocité. A neuf ans, il composa un lexique des mots hébreux et grecs de la Bible avec leurs racines, leur sens et leur emploi, une grammaire chaldaïque, un dictionnaire historique de 2.000 articles. Il lisait l'Ecriture Sainte dans le texte grec. A l'exemple de Bayle et de Moreri, il écrivit plusieurs centaines de biographies d'hommes illustres. Son premier essai poétique fut une satire en latin, où il ridiculisait le pédagogue hargneux qu'on lui avait donné comme précepteur. Le jeune émule de Juvénal avait 10 ans.

Les études qu'il fit au Gymnase de Berne lui plurent aussi médiocrement que les leçons de son premier professeur.

En 1722, il se rend à Bienne où, chez le Dr Johann Rudolf Neuhaus, il est initié à la médecine pratique. Son ardent désir d'apprendre l'incite à se rendre à Tübingen pour y suivre les cours de l'Université à un âge où, comme il l'a reconnu lui-même, il était encore enfant par l'intelligence. Il ne put s'accommoder des mœurs relâchées et grossières des étudiants ni de la faiblesse des leçons professées à l'Université.

Lorsque le botaniste Duvernoy, chez qui il avait élu domicile, fut appelé à Saint-Pétersbourg, Haller, séduit par la réputation de l'Université de Leyde, prit le parti de s'y rendre. Leyde lui apparut comme le véritable paradis de la science. L'anatomiste Albin commençait à peine à être connu, mais Boerhave, déjà célèbre, allait devenir son maître préféré et son modèle. « In medicis, chemicis, botanicis », même en théologie, en physique, en mathématiques, Boerhave lui paraissait incomparable. Tout en se livrant à ses multiples travaux scientifiques, le grand homme dirigeait une brasserie. C'était, à en croire son enthousiaste disciple, un personnage fort original. « Il portait un méchant chapeau, des vêtements gris du plus piteux aspect, de larges chaussures, d'un cuir grossier, point d'épée au côté ; quand il se promenait dans la rue, sa main droite était rivée à un gros gourdin. Il était lourd

et ne payait pas de mine. Sa vénérable chevelure grise flottait inculte autour de sa tête socratique, son nez rappelant en effet celui du philosophe athénien. Il avait le teint basané, de petits yeux vifs et perçants. »

A Leyde, Haller travaillait, nous dit son biographe Zimmermann, depuis la pointe du jour jusqu'à deux heures du matin, sans pouvoir oublier son pays natal.

Reçu docteur en médecine en 1726, il se rend à Londres pour y visiter les établissements scientifiques et les hôpitaux dont il vante la richesse et l'heureuse organisation. Le 1er septembre de cette même année, il est à Paris, assiste aux leçons de l'anatomiste Winslöw et du chirurgien François Le Dran. Brûlant d'appliquer la méthode de dissection de Winslöw, il faisait, à ses frais, et faute de sujets, déterrer des cadavres, dont il se débarrassait prestement par crainte du guet et des galères.

En février 1728, nous le trouvons à Bâle où, sous Jean Bernoulli (1667-1748), il étudie les mathématiques. Les maisons bariolées, les vieux édifices de l'opulente cité, même la Danse des Morts d'Holbein le laissent indifférent. Mais il se lie avec le poète Drollinger, le physicien Stähelin, et apprend avec enthousiasme le calcul différentiel et intégral. Stähelin, tout en l'intéressant à la botanique, lui fait connaître Pope et Shaftesbury. Comme Drollinger, Haller voulut réagir contre la frivolité qui régnait alors dans la poésie allemande et donner à celle-ci la gravité, la dignité et la virilité qui lui faisaient défaut.

En juillet 1728, après un voyage dans les Alpes en compagnie de son ami, le Zurichois Johann Gessner, physicien et mathématicien, il écrit son fameux *Poème des Alpes,* qui parut en 1729 et dont le succès fut considérable. Haller y a célébré pour la première fois les sublimes beautés de la grande montagne et appelé sur elles l'attention de ses contemporains. Partageant sur ce point les illusions de Rousseau, il croit et veut retrouver dans les campagnes alpestres les mœurs simples et pures d'une humanité qui ignore les funestes raffinements de la civilisation. Le *Poème des Alpes* fut un événement littéraire et philosophique, car dans ce tableau de la vie champêtre, les dissertations morales abondent. La langue est encore rude, parfois incorrecte et les descriptions manquent de couleur. Mais jusque-là, les pays de langue allemande n'avaient jamais connu un tel amour de la nature, tant de sincérité et de noblesse.

A 20 ans, chargé de suppléer à l'Université un professeur d'anatomie en congé, Haller prend des leçons de thérapeutique pratique. « Il n'était ni trop timide pour enseigner, ni trop fier pour apprendre. »

Aucune perspective d'avancement ne s'ouvrant à lui, Haller prend le parti d'aller exercer la médecine à Berne. Il écrit la même année ses *Pensées,* sur la raison, la superstition et l'incrédulité et une satire sur la *Fausseté des Vertus humaines,* poésies empreintes d'un sévère protestantisme. Dans « *L'Ode à Doris* », il chante sa fiancée et les joies d'un jeune amour.

Sa clientèle s'agrandissait sans l'arracher à ses études de botanique. Il collabore à des revues étrangères, qui le font connaître en dehors des pays de langue allemande. Toutefois, ni ses succès médicaux et scientifiques, ni sa vaste érudition, ni la sympathie qui se dégageait de sa personne ne lui avaient conquis la faveur des « gens en place ». Quand ses concitoyens le voyaient revenir de ses excursions botaniques, chargé d'herbes et de plantes, ils s'écriaient : « Le Dr Haller aurait-il donc une vache à nourrir ? »

Le libéralisme de ses idées politiques, traduites sous une forme âpre et sarcastique, inquiétait et blessait l'orgueil de l'aristocratie bernoise. Une cinquantaine de familles administraient despotiquement la république, tandis que des centaines de milliers de citoyens étaient privés de tous droits. Peu d'années auparavant, un Bernois avait payé de sa vie la tentative qu'il avait faite de renverser le régime oligarchique. Les arts et les sciences étaient méprisés. Dans une satire contre « *la Corruption des mœurs* », Haller déplore la décadence de la Suisse et dans « *L'Homme au goût du jour* », il prononce ces paroles prophétiques : « Le monde lira quelque jour dans l'histoire, comment à la décadence des mœurs succéda la chute de l'Etat. »

Il fallait un beau courage pour proférer de telles vérités dans une ville où, d'après le mot d'un contemporain, la liberté d'écrire était inconnue et où l'on eût, si possible, interdit celle de penser. Si Haller s'était exprimé en prose, il n'eût pas échappé à la prison ni même au bourreau. Par bonheur, les seigneurs bernois n'avaient cure de poésie.

En 1734, parut la deuxième édition de ses poésies, enrichie d'un traité en vers sur l'*Origine du mal,* où l'auteur s'inspire de Leibnitz. Un an auparavant, l'Académie d'Upsala l'avait

appelé dans son sein pour son travail : *De musculis diaphragmatis.*

Mais c'est en vain qu'il posa, en 1734, sa candidature aux fonctions de médecin de l'hôpital de Berne. On lui permit toutefois de faire les dissections et des démonstrations dans un amphithéâtre construit à cette fin et à son intention. Haller n'eut pas plus de succès lorsqu'il postula la chaire d'éloquence et d'histoire, devenue vacante. Bien que sa compétence en littérature ancienne et moderne fût infiniment supérieure à celle des autres candidats, il se vit de nouveau évincé.

On lui avait refusé le poste de médecin d'hôpital sous le prétexte qu'il était poète ; on objecta cette fois que la place d'un médecin n'était pas dans une chaire d'éloquence.

Se souvenant de cette déconvenue, Haller fait dire à un des héros de son roman politique, « *Usong* » : Un poste se trouvait-il vacant dans les belles-lettres, on me disait : « N'êtes-vous pas astronome ? S'agissait-il d'un emploi politique, j'étais poète... »

Le jeune savant finit, tout de même, par obtenir le titre de médecin de la ville ; l'année suivante, on le nomma bibliothécaire. Il s'acquitta de cette tâche nouvelle avec sa ponctualité coutumière, dressa le catalogue des livres, des manuscrits, des monnaies et des médailles. Mais il pouvait et devait espérer mieux.

Après de longues hésitations, il accepta une chaire d'anatomie, botanique et chirurgie, que lui offrait l'Université de Gœttingue. Cette fois, il se trouva dans son vrai milieu et à sa véritable place. Désormais, tous ses instants appartiennent à la science...

Ses débuts furent profondément attristés par la mort de sa jeune femme, qui lui laissait trois enfants en bas-âge. Dans une élégie fameuse, « *Sur la mort de Marianne* », il donna libre cours à sa douleur. Son désespoir eut pour effet d'ébranler ses convictions religieuses. Haller connut, dans toute son âpreté, le conflit de la science et de la foi, qui troubla tant de consciences au XVIIIe siècle et plus tard.

Les autorités académiques témoignèrent au nouveau professeur une bienveillance qu'il n'avait guère trouvée dans sa ville natale. On lui donna comme prosecteur un compatriote et un ami, J.-J. Huber, qui avait maintes fois herborisé avec lui. On édifia pour lui un amphithéâtre d'anatomie, on agran-

dit le jardin botanique, on l'installa gratuitement dans une maison confortable, on augmenta rapidement ses honoraires. Sa table de dissection ne manqua jamais de sujets. Mais Haller, qui perdit en 1738 l'aîné de ses enfants et dont la santé était ébranlée par ces deuils répétés, par un labeur surhumain, par ses angoisses morales, par la rivalité mesquine de certains collègues de l'Université et de certains confrères en poésie, par la nostalgie aussi, ne s'acclimata qu'avec peine dans sa nouvelle résidence.

En septembre 1738, l'Université lui décerna le titre de docteur en philosophie. La même année, il fut nommé médecin du roi d'Angleterre.

Il retourna en 1739 au pays natal et épousa Elisabeth Bucher, qui mourut moins d'un an après. Une troisième union, contractée en 1741, fut plus heureuse. Sa nouvelle épouse, fille d'un professeur d'Iéna, lui donna sept enfants et lui survécut.

De 1739 à 1744, il publia 6 volumes de *Commentaires sur les conférences de Boerhave,* à qui il succéda en 1740 comme membre de la Royal Society de Londres.

Entre temps, il fit paraître un important ouvrage sur la *Flore de la Suisse,* plusieurs opuscules scientifiques, et, en 1743, ses fameuses *Tables anatomiques.*

L'immense réputation conquise par le savant ne pouvait manquer d'avoir une répercussion à Berne. Il fut élu membre du Grand Conseil. Cette nomination, sans intérêt pour la postérité comme pour la majorité des contemporains, était, au contraire pour Haller, la plus éclatante récompense, la distinction la plus ardemment convoitée. Elle lui permettait d'espérer la réalisation de ses ambitions politiques.

De 1746 à 1749 parurent ses *Etudes sur la respiration* et ses *Principes de Physiologie.* Dans les célèbres « *Annonces savantes de Gœttingue* », dont il fut d'abord le collaborateur, puis le rédacteur en chef, il donna plus de 10.000 articles, tout en consacrant le meilleur de son temps et de son intelligence aux innombrables élèves qui, de partout, accouraient à ses conférences. Sa bonté, sa sollicitude pour ses étudiants n'avaient d'égales que sa puissance de travail et sa merveilleuse faculté de compréhension et d'adaptation.

En 1747 il est reçu à l'Académie des Sciences de Stockholm. Avant lui, un seul étranger avait eu cet honneur. Il refusa

une chaire qu'on lui offrait à Utrecht, comme aussi la succession du botaniste Dillenius à Oxford.

Il hésita longtemps avant de décliner l'offre de Frédéric II qui l'appelait à Berlin avec la promesse d'une forte pension.

Pour le fixer à Gœttingue, on avait créé une Académie des sciences dont il devenait président à vie, avec le droit de choisir ses confrères. Malgré la reconnaissance que lui inspiraient les faveurs dont il était l'objet, Haller n'avait songé qu'à retourner à Berne. Mais, comme s'il avait dû passer à Gœttingue le reste de ses jours, il s'était appliqué à relever le niveau des études médicales et chirurgicales, à tracer le plan d'un vaste hôpital, à fonder une école de sages-femmes, et à faire construire une église réformée.

Vers le même temps, il avait été nommé membre de la Société Impériale des naturalistes, de l'Académie de Bologne et du Collège des Chirurgiens de Paris.

En 1753, le sort, à qui l'on s'en remettait à Berne du choix des titulaires aux plus hauts emplois, le désigna pour une fonction assez importante quoique maigrement rémunérée au Grand Conseil. Elle autorisait toutefois de plus belles espérances que l'avenir se refusa opiniâtrement à favoriser. Les graves préoccupations financières, qui avaient surtout incité Haller à quitter Gœttingue, le poursuivirent à Berne et lui imposèrent un travail épuisant.

Les 25 années qu'il passa dans sa ville natale furent consacrées presque exclusivement à ses recherches scientifiques. Il termina ses *Tables anatomiques* et commença de publier ses *Eléments de Physiologie*. Je ne ferai que rappeler sa doctrine de l'*Irritabilité* que M. le Recteur de Quervain vous a exposée et qui est devenue la base de la physiologie moderne et du travail expérimental. Et que M. le Recteur me permette ici de vous apprendre que la porte de sa demeure provient des démolitions de l'ancienne maison de Haller : M. de Quervain, quand il entre ou sort de chez lui, passe sous la porte que franchissait Haller lui-même.

Nommé, au bout de cinq ans, directeur des Salines bernoises à Roche, dans la vallée du Rhône, il fit, comme Faust vieillissant, assécher de nombreux marais. On le chargea de diverses négociations délicates avec les Vaudois, puis avec la France qui projetait, malgré Berne, de créer un port à Versoix. En dépit de ses multiples occupations, Haller continuait de pratiquer la médecine. Il trouva même assez de loisirs

pour exposer dans trois romans (*Usong, Alfred, Fabius et Caton*) ses idées sur la monarchie absolue, la monarchie constitutionnelle et la république.

Le meilleur de ses forces il le réservait comme toujours à ses travaux scientifiques.

Après 1770 parurent les célèbres recueils de la *Bibliotheca botanica, Bibliotheca anatomica, Bibliotheca medicinæ practicæ,* qui donnaient les titres et souvent les textes de plus de 50.000 ouvrages. Haller lisait, analysait tous les écrits de quelque importance qui se rattachaient à ses études.

Cette prodigieuse activité finit par ruiner sa santé déjà fortement éprouvée. Ses dernières années furent tristes et douloureuses. La maladie de la vessie et des reins, dont il souffrait cruellement depuis longtemps, l'enleva le 12 décembre 1777. Jusqu'à sa dernière heure, il ne cessa point de lire, d'étudier, d'écrire. Il envoyait à son journal « *Les annonces savantes de Gœttingue* », des observations sur son mal et sur les effets de l'opium, dont il était obligé d'absorber jusqu'à 130 gouttes par jour. Son ardeur investigatrice ne le quitta qu'avec la vie. Durant son agonie, il comptait ses pulsations en disant, en français : « Il bat..., il bat..., il bat ! » Lorsqu'elles cessèrent, il soupira : « plus ».

Haller a exercé sur la littérature allemande une influence qu'on ne saurait exagérer. Klopstock, Schiller lui doivent beaucoup. Kant le cite et l'admire. Gœthe, pour qui il fut injuste, le tient en grande estime.

En anatomie, en physiologie, il n'avait pas encore, au début du XIXe siècle, de successeur digne de lui dans tous les pays de langue allemande.

Serviteur passionné et désintéressé de la science, penseur profond, philanthrope infatigable, Haller a largement mérité de ne pas tomber dans l'oubli. Il est un des fils les plus glorieux dont s'enorgueillisse la Suisse, et je suis heureux de pouvoir rendre hommage, dans sa ville natale, à Haller, poète, philosophe, savant et médecin.

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

L'HÉRÉDITÉ DES AFFECTIONS SCHIZOPHRÉNIQUES

par le Professeur W. Boven (de Lausanne)

Exposer la question de l'hérédité des affections schizophréniques (1), c'est se faire l'historien d'un long siège qui n'a pas encore abouti. L'investissement s'obstine autour d'une place qui n'est pas près de se rendre. Si l'exposé de la question qui nous occupe ne devait faire état que des résultats sûrs, des progrès définitifs, le rapporteur se trouverait embarrassé de remplir ici 28 pages. Il ne lui reste qu'à prendre le parti de retracer les péripéties d'une opération difficile devant un problème qui tient.

***

DE L'HÉRÉDITÉ EN GÉNÉRAL

L'étude de l'hérédité d'une affection mentale vise à trouver les lois de la transmission d'une tare *définie*, des générateurs à leurs rejetons. Une difficulté capitale surgit dès l'abord : la tare dite schizophrénie n'est pas clairement définie. Tout le monde s'en rend compte : l'obscurité et l'indétermination ne résident pas seulement dans les termes, mais dans l'objet. Et puis, même si la tare était bien définie, elle exigerait une énorme « surface » pour le déploiement démonstratif de ses effets, alors que la famille humaine n'offre que d'étroits secteurs : nous sommes dans le cas de contempler une large fresque par un trou de serrure !

---

(1) Désormais, je substitue l'abréviation SX aux mots : schizophrène, schizophrénie et schizophrénique.

La découverte des lois de Mendel a suscité de grands espoirs. Elle nous a brusquement dévoilé le jeu mathématique, l'enchaînement des effets et des causes, au for de l'homme, dans l'hérédité de certaines tares. Ce fut une ruée vers l'or du Nombre et le début de la phase de l'arithmographie. Des psychiatres à l'esprit subtil se sont faits statisticiens ; d'autres, comme moi, s'en sont donné l'air ; il y a eu aussi quelques jobards pour amuser le convoi de la science, à l'étape. Cette phase n'est certes pas demeurée improductive. On lui doit quelque chose. Elle permet d'augurer mieux. Ses excès mêmes nous sont un enseignement utile.

La mathématique mendélienne nous a longtemps fascinés de ses schémas. Longtemps elle a joui d'un prestige magique. Pythagore ressuscité nous répétait que les choses et les êtres ne sont que des nombres devenus sensibles. La psychiatrie cédait parfois le pas à la spéculation numérique. Mais elle s'est ressaisie et le médecin, laissant son grimoire, s'asseoit de nouveau au chevet des malades. Il a compris, en effet, que le « gène », substratum hypothétique de la tare, n'est qu'un répondant bien imparfait de la maladie, dès qu'il perd dans l'esprit du chercheur les propriétés qu'implique la vie : l'assujettissement à toutes sortes d'influences, la mutabilité et la plasticité. Déjà, la génétique nous avertit que la dominance et la récessivité de certains « caractères » ne sont parfois que des aspects changeants ou des vicissitudes en cours. La « quantité » d'un gène, d'une tare, devient une notion plus qu'admissible : indispensable. A cette quantité répond peut-être la force de « pénétration » de la tare, c'est-à-dire la vigueur plus ou moins infrangible avec laquelle la tare se réalise en maladie dans la chair ou l'âme de l'homme. La résistance à cette réalisation provient parfois d'une sorte de rivalité d'efforts des gènes qui, passez-moi l'expression, se coudoient et se bousculent sur des voies d'acheminement peut-être communes ou trop proches, ou même entrecroisées ; cette résistance peut tenir aussi aux conditions de l'ambiance (péristase) (1), dans laquelle l'individu baigne : l'expansion du passé génétique se heurte alors à un présent qui fait barrage. On conçoit qu'à plus grande

(1) Péristase : ensemble des conditions et des circonstanees dans l'environnement d'un individu donné.

vigueur des gènes, moindre sera l'opposition que l'ambiance actuelle peut exercer sur elles. Les tares, de moins en moins pénétrantes, subiraient des oppositions et des déviations de plus en plus prononcées. C'est au point que l'anomalie se défigurerait en cours de déploiement. Une résistance énergique les contraindrait même à s'évanouir. Ces défigurations ou transmutations d'une tare par la péristase nous deviennent de plus en plus familières en génétique. Elles peuvent fournir une explication du phénomène du polymorphisme de l'hérédité des maladies mentales.

Ces considérations ne paraîtront peut-être pas déplacées en tête de cet exposé. Elles situent déjà le point de vue du rapporteur.

DES LIMITES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Bleuler définit la SX « un groupe de maladies caractérisées par le relâchement des associations, devenues incohérentes, et par la rupture des relations normales avec le monde réel, par un retrait en soi qui dépossède le patient de ses relations avec le monde et aboutit à la destruction de la personnalité ».

Cette définition est très ample : elle se prête à l'extension. Voyons comment la SX s'est constituée : c'est un peu l'image et l'histoire d'une ville qui s'accroît. D'abord un vieux lot, au centre, comme la citadelle ou la « cité » d'une métropole : la démence précoce de Morel ; précocité et démence en sont les caractéristiques ; les malades sont réduits à l'état végétatif. L'hébéphrénie de Hecker revient au même. Puis, autour de ce centre, la catatonie de Kahlbaum, que son auteur considérait (en 1874) comme une psychose mortelle, aboutissant à la démence. Jusqu'ici, la communauté demeure homogène : c'est l'idiotie acquise, image de la plus profonde déchéance. En 1899, Kræpelin introduit la démence paranoïde dans sa *dementia praecox,* et du coup, la variété s'introduit dans cet ensemble qui commence à devenir hétéroclite. La démence paranoïde, sous-groupe de la démence précoce, selon Kræpelin, ne présente plus en effet le spectacle de l'abrutissement total : les « paranoïdes » sont des délirants hallucinés plus ou moins chroniques, des esprits gravement,

peut-être incurablement fourvoyés, mais enfin, productifs à leur manière. Saboter sa besogne ou dormir sont deux activités différentes. Avec cette agrégation nouvelle, le bourg déborde largement de son enceinte ! Il faut noter d'ailleurs que des protestations très vives s'élevaient en France et que la démence paranoïde, sous-forme de la démence précoce, y demeure très discutée. En 1911, Bleuler a mis au point sa conception de la SX. Elle englobe, avec la démence précoce de Kræpelin, toute une périphérie d'affections tenues jusqu'alors pour distinctes d'elle : nombre de cas « impurs » de mélancolie et de manie, la plupart des confusions hallucinatoires, l'hypocondrie incurable, une bonne partie des psychoses des dégénérés de Magnan, maint syndrome carcéral, gansérien et la plupart des paraphrénies que Kræpelin décrivait l'année suivante (1912), Démence et Précocité ? Le critère, désormais, n'est plus du tout valable : la SX revêt des aspects très divers que relie encore le faible lien de la définition de Bleuler plus haut citée. Ces faubourgs de la SX s'entourent encore, dans la suite, d'une vaste banlieue : la paranoïa, dite d'involution, soit la démence paranoïde tardive, le délire présénile dit de préjudice, sans compter les syndromes des quérulants (Bleuler) et, pour certains auteurs comme Economo, combattus il est vrai en Allemagne-même par Kræpelin, Bleuler et Bumke — la paranoïa, au sens strict, soit les délires d'interprétation et de revendication de la psychiatrie française... Nous sommes loin du centre de l'agglomération urbaine ! Mais voici que la banlieue se ceint à son tour d'une zone immense qui constitue les « environs » de la SX ; ce sont les terrains vagues et les masures de la « schizoïdie », que les Allemands nomment « das Schizoïd ». A la vérité, nous sortons ici de la ville ou de la commune SX. Mais Kretschmer nous assure que sa psychopathie schizoïde n'est pas autre chose que l'enveloppement, en quelque sorte excentrique, d'une SX qui s'atténue de plus en plus et se perd en atteignant l'extrême périphérie. Image, sans doute, et comparaison n'est pas raison.

Kretschmer fait état de certains traits propres à la mentalité des SX qu'il retrouve atténués, estompés jusque dans des âmes normales ! L'insensibilité froide et la sensibilité raffinée, l'introversion et l'autisme, l'autorité sèche et tranchante qui « caractérisent » parfois des âmes normales, acquerraient en s'accusant une intensité pathologique chez

des individus en qui choquent une insociabilité déjà hargneuse, un retrait en soi déjà mal accessible, des singularités déjà crasses. Encore un coup, et ces anomalies aggravées constitueraient la SX ! Identité de la nature des processus schizophrénique et schizoïde, inégaux et non différents : dégradation schizotyme, schizoïde, schizophrène, du normal au pathologique. Tels seraient les aspects ou les étapes d'un acheminement qui peut s'arrêter définitivement ou se poursuivre jusqu'au bout chez un homme et qui soumettent au diagnostic un problème de quantité pathologique. La SX diffuse insensiblement ainsi dans une périphérie schizoïde dont il devient malaisé de fixer les confins.

Est-ce que cette conception de la schizoïdie, qui s'applique par cercle concentrique autour de la SX, répond aux faits ? aide à percer le mystère de la genèse de cette psychose ? Existe-t-il réellement, sous cet aspect, dans la nature, un « processus » vraiment spécifique et continu, qui parte de l'état dit schizoïde et culmine en SX ? Ou bien ce passage du schizoïde au schizophrène serait-il plutôt une succession de processus, requérant à chaque reprise l'intervention d'un élément univoque nouveau, de sorte que l'état terminal schizophrénique diffère de l'état initial schizoïde par la somme des éléments pathogènes, d'ailleurs univoques, qu'il contient ? Ou bien encore, ces éléments ne sont-ils pas du tout univoques, mais hétérogènes ? Ou enfin, les états schizoïdes et schizophréniques sont-ils à ce point différents par le nombre, la nature et l'intrication des éléments qui les déterminent, que l'on doive renoncer à croire au « passage » de l'un à l'autre ?

Toutes ces questions, à l'heure actuelle, demeurent posées ; chacune de ces opinions a maintenant ses défenseurs.

1) On a vu que Kretschmer et son école croient à la transmutation progressive, par un processus continu, de la schizoïdie en SX.

2) Bleuler est d'avis que le passage du schizoïde au schizophrène requiert un facteur spécifique, probablement d'ordre toxi-infectieux.

3) Berze réduit le domaine de la schizoïdie à l'irritabilité psychique exagérée, germe de la SX et, comme Bleuler, croit à la nécessité d'un facteur d'appoint pour passer de cette anomalie à la SX, mais ce passage ne serait qu'une des voies

d'acheminement du processus aggravé : la schizoïdie conduisant tout aussi bien à certaines psychoses que Berze nomme « schizoïdes » et qu'il distingue de la SX, dont la caractéristique, à ses yeux, réside dans l'insuffisance de l'activité psychique.

4) Enfin, Bumke répudie catégoriquement la conception de Kretschmer et le passage de l'état normal à l'état schizophrénique par la voie schizothyme. Pour lui, pour Bostroem, etc., les schizoïdes sont des schizophréniques atténués ou guéris. En France, Achille-Delmas dissocie les schizoïdes en quelques constitutions du type hyperémotif, pervers, etc...

Voilà donc quatre types d'opinion différents. Mais la discussion n'en est pas restée là. Elle s'est étendue à tous les domaines de la SX. Il faudrait, pour être complet, reproduire ici de bien laborieuses controverses ! Je m'en abstiendrai. Tâchons plutôt de simplifier.

En somme, la psychiatrie est divisée en deux grands partis à l'heure présente : les fédéralistes et les centralisateurs. En général, on est plutôt centralisateur en pays germanique, fédéraliste, en pays latin. L'empire de la SX s'accroît encore en Allemagne ; il se désagrège en Autriche et en Suisse ; quant à la France, la SX ne s'y est jamais taillé d'empire. De tout temps, la clinique française a poursuivi un travail de discrimination et de dissociation plutôt qu'elle n'a visé à la grande synthèse, et l'expérience semble lui donner de plus en plus raison. Ce n'est pas l'avis de l'auteur qui, soit dit en passant et pour rire, regrette, dans l'ouvrage de Bumke (vol. IX, partie V, p. 25), que les Français manquent en ces matières de points de vue élevés et s'en tiennent aux subtilités ! Mais quel que soit le point de vue élevé auquel on se place, tout le monde reconnaît ou pressent que l'empire des schizophrénies est une Autriche-Hongrie qui se survit, avant la dislocation imminente. Berze, Claude, parmi d'autres, proclament l'autonomie de la démence précoce et de la SX, désormais séparées. La démence précoce, affaiblissement psychique global, à forme hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique (ou paranoïde entre 35 et 50 ans), est, selon Claude, une « maladie accidentelle, sans relation étroite avec une hérédité similaire et qui reposerait sur une base organique ». La SX résulterait « d'un processus psychogène tirant son origine d'une constitution schizoïde antérieure ou de complexes affec-

tifs refoulés, suivant un mécanisme freudien »... Pour Claude, la schizoïdie est une disposition pathologique caractérisée par un certain degré de dissociation mentale habituelle, « qui peut se montrer à l'état d'ébauche... ou, au contraire, amplifier ses tendances jusqu'à parcourir toutes les étapes, depuis la schizoïdie simple jusqu'à la SX ». Ce passage de l'état schizoïde à l'état schizophrène s'opérerait, « surtout chez les individus qui ont un passé héréditaire similaire, tantôt sous l'influence de complexes affectifs, tantôt à la suite d'un état toxi-infectieux asthéniant ou sans motif appréciable par l'anamnèse ». C'est le stade de la « schizomanie », avec un autisme désormais tyrannique, rompant avec les conventions, le monde et le réel. Schizoïdie et schizomanie seraient issues, « dans une certaine mesure », du même processus psychopathologique que la SX. En somme, on en revient à séparer, pour le moins, la vieille démence précoce de Morel des « schizoses » ou multiples variétés schizophréniques, groupées par Bleuler, et à établir, au sein de ces schizoses, une gradation pathologique qui tient compte d'une gravité croissante, de l'état simplement schizoïde à la SX déclarée. Et encore faut-il bien redire que la SX n'impliquerait pas, chez sa victime, la préexistence d'une disposition, d'un terrain schizoïde. La schizoïdie évoluerait bien plus naturellement, selon Berze, vers des psychoses dites schizoïdes (paranoïdes), essentiellement productives (délirantes), expression d'une surfonction qui contraste avec la sousfonction de la psyché, dans la SX classique. Il va sans dire qu'un pareil mouvement de désagrégation justifie entièrement la conception de l'autonomie, depuis longtemps reconnue en France, des syndromes tels que les délires de revendication et d'interprétation, et, d'une manière générale, des paranoïas si totalement étrangères, en clinique mentale, à la psychologie du schizophrène.

Mais une queston demeure toujours pendante : jusqu'à quel point convient-il d'accorder l'autonomie à toutes ces affections dont à peu près tout le monde reconnaît le droit à quelque indépendance ? Passe pour isoler schizoïdie, schizoses, schizophrénie et démence précoce. Mais peut-être ne demeurent-elles tout de même que l'expression d'un processus à un degré léger ou grave ? Peut-être diffèrent-elles moins par la qualité du processus que par son extension, sa localisation et aussi par la vulnérabilité et la qualité constitutionnelle du terrain qu'elle a élu (Clérambault).

On espérait que l'anatomo-pathologie nous fournirait quelques lumières sur la nature et la systématisation des psychoses du groupe schizophrénique : ces lumières ne se sont pas montrées brillantes. Depuis longtemps, Bleuler attend de l'étude de l'hérédité sous la forme plus rigoureuse de la génétique moderne, les éclaircissements que l'anatomo-pathologie nous refuse et Claude, au Congrès de Lausanne et Genève, en 1926, a fait appel au même renfort. Il est aujourd'hui grand temps de s'expliquer. Voyons donc ce que les études sur l'hérédité des affections du groupe schizophrénique ont apporté aux cliniciens depuis une vingtaine d'années.



Admettons, avec la plupart des auteurs, que la schizophrénie (types hébéphrénique, catatonique et paranoïde) éclôt et se développe chez l'homme entre 17 et 40 ans, et appelons « famille normale » (terme discutable) une famille exempte de toute psychose dans la dernière génération qui a franchi, avec tous ses membres, l'âge-limite de 40 ans ; comparons 20, 30 familles normales à 20, 30 familles caractérisées par la présence d'une SX avérée dans sa dernière génération quarantenaire (famille dite schizophrénique) : ces deux groupes de familles diffèrent l'un de l'autre, au point de vue de la fréquence et de la distribution des anomalies qui les tarent, par quelques particularités dont voici, me semble-t-il, les plus notables :

1) *Les familles schizophréniques* (grands-parents, père et mère, oncles et tantes, frères et sœurs du cas « témoin » mis ici hors compte, bien entendu, avec sa descendance), les familles schizophréniques *comptent en général plus de cas de psychose et de « caractère anormal » que les familles normales.*

2) La SX est souvent représentée, dans les familles schizophréniques (témoin non compté) et, à côté d'elle, la psychose maniaque-mélancolique.

Cette juxtaposition des deux maladies, jointe à la diversité des tares disséminées, a été définie « polymorphisme ». Elle répond à la « dissimilarité » des auteurs qui en font un des caractères les plus frappants de l'ambiance familiale

schizophrénique. Cyclophrénie (1) et schizophrénie peuvent donc vivre en symbiose, au sein de la même famille.

3) *La SX ne suit pas, en général, le filon de l'hérédité directe et continue. Elle s'isole plutôt là où elle éclôt, à distance d'un autre cas de SX. Aussi voit-on souvent la branche de la parenté indirecte plus chargée que celle des père et mère.*

4) Malgré la dissimilarité ou le polymorphisme de sa « transmission » (mot discutable: terme d'attente), la SX baigne dans une ambiance de caractères anormaux que j'appelais paranoïdes (en 1916) et qu'on a nommés schizoïdes, dans la suite, parce qu'ils s'apparentent, au moins vaguement, à la psychologie des schizophrènes. Ces caractères schizoïdes ont pour trait commun, une perversion plus ou moins grave de l'instinct de sociabilité : intériorisation, autisme, méfiance, retrait hors du réel, etc. *Cela autorise à dire que « l'hérédité de la SX » (abréviation commode, mais préconçue) est à la fois polymorphe, dans le sens indiqué plus haut et cependant, jusqu'à un certain point, d'apparence spécifique, si l'on admet l'affinité des aspects schizoïdes et schizophrènes.*

J'emprunte à mes travaux sur ces questions la matière du tableau qui illustre ces premières données. J'y reporte, pour permettre des comparaisons, les résultats obtenus dans une enquête sur l'hérédité des affections schizo et cyclophréniques.

(1) ou Cy : abréviation pour : manie, mélancolie, folie circulaire, à double forme, etc.

	Familles normales	Familles sx.	Familles cyclophrén.
Nombre	25	30	17
Enfants (adultes)	106	197	108
Psychose quelconque chez mère ou père (ou tous deux)	13 0/0	23 0/0	35 0/0
Psychose quelconque chez oncles, tantes	23 0/0	33 0/0	17,6 0/0
Psychose quelconque chez grands-parents	6,6 0/0	20 0/0	29 0/0
Psychose quelconque chez frères, sœurs	0	16,6 0/0	11,7 0/0
Caract. anorm. chez père, mère, oncles, tantes	$\frac{40}{221}$ = 18 0/0	$\frac{149}{295}$ = 50 0/0	$\frac{44}{130}$ = 33 0/0
Caract. anorm. chez père et mère (seuls)	?	86 0/0	70 0/0
Caract. anorm. chez frères et sœurs (témoin excepté)	$\frac{7}{91}$ = 7,7 0/0	$\frac{63}{135}$ = 47 0/0	$\frac{30}{70}$ = 41 0/0
Tare moyenne globale (v. plus bas)	0,32	0,72	0,63
Tare moyenne des grands-parents	0,22	0,54	0,52
Tare moyenne père et mère	0,45	0,92	0,76
Tare moyenne oncles, tantes	0,40	0,64	0,42
Tare moyenne frères, sœurs (témoin non compté)	0,23	0,62	0,60
Les psychoses sont	10 mélancolies. 1 manie. 1 imbécillité. 1 épilepsie. 2 dém. paranoïd. 1 dipsomanie. 2 suicides ?	18 Sx. 15 mélancolies. 2 manies. 1 manie-mélanc. 3 dém. séniles. 1 épilepsie. 1 imbécillité. 1 cas complexe.	11 mélancolies. 3 manie-mélanc. 1 submanie const. 1 manie. 4 Sx. 2 dém. séniles. 1 névrose.
Les caractères anormaux sont	Insociables; variétés d'égoïsme.	Susceptibles, irritable, emportés, sombres, moroses, durs, secs, autoritaires.	Instables, tristes, sombres, excitables, emportés.

Le calcul de la tare moyenne s'effectue ici en comptant pour 2 la psychose déclarée, pour 1 l'anomalie grave d'un caractère inadapté, insociable et pour 1/2 (0,50) l'anomalie du caractère assimilable à un « défaut prononcé », sans rupture avec l'ordre social. Il est superflu de souligner la valeur approximative et même arbitraire de cette « mensuration ». Donc on divise, pour une catégorie d'individus donnés, la somme des tares par le nombre des individus, par exemple, 409,5 unités de tare à répartir entre 567 parents à tous les degrés de SX. La tare moyenne individuelle est fournie par le quotient = 0,72. Nous voici loin de la rigueur munichoise, mais nous y venons précisément ! Je procède ici par approximations successives, mais sans suivre la chronologie des travaux originaux.

On remarquera seulement encore que la famille cyclophrénique compte, comme les familles schizophréniques, plus de cas de psychoses et de caractères anormaux que les familles normales ; qu'elle n'exclut pas la SX, mais la tolère ; que la similarité des tares y est plus accusée que dans la famille schizophrénique et la spécificité de la tare cyclophrénique, par conséquent, plus pure aussi ; enfin, que le filon de la psychose cyclophrénique y affecte un acheminement plus direct et plus continu.

La diffusion des découvertes de Mendel a provoqué d'innombrables investigations inspirées d'elles. On me pardonnera de rappeler ici que j'ai été le premier, il y a 20 ans, à publier des résultats rigoureux d'une étude sur l'hérédité « mendélienne » (1915) avant Rüdin, qui n'a pas cité mon travail dans sa monographie ! La doctrine de Mendel est trop connue pour que son exposition paraisse admissible en ces pages. Il me faut simplement rappeler qu'elle requiert une méthode et des procédés statistiques que le Dr Weinberg a heureusement imaginés et mis au point, dans le temps même où j'avais l'occasion de m'en servir. Sa complaisance m'a permis de venir à bout des difficultés que mon incompétence en mathématiques jugeait presque insurmontable. 60 familles (30 familles schizophréniques ; 30 familles cyclophréniques) avec 979 individus, plus les 60 aliénés-témoins m'ont fourni les données suivantes :

Les couples hétérozygotes (type DR × DR) (1) donnent,

(1) Père et mère d'un SX, non aliénés eux-mêmes. Dans les couples type DR × RR, l'un des générateurs est atteint de SX.

dans leurs rejetons, une proportion de 7,4 0/0 (SX) ; de 13,2 0/0 (toutes psychoses) et de 43,8 0/0 (toutes psychoses et psychopathies, caractères anormaux, etc.). Donc, la SX n'est assimilable ni à une tare dominante monohybride ou monomère (à *un* facteur) qui exigerait 50 0/0 de SX parmi les rejetons, ni à une tare récessive monomère qui en exigerait 25 0/0.

J'en ai conclu, et cela a été confirmé dans la suite, que la transmission de la SX n'affectait ni le mode dominant simple, ni le mode récessif simple. L'hypothèse de la dimérie (tare exigeant 2 facteurs héréditaires) ne m'a pas retenu, vu le caractère restreint de mes données. J'ai d'ailleurs eu le tort d'écrire, en conclusion, que l'hérédité de la SX (et de la Cy) n'était pas mendélienne ! Cela m'apparaît comme un lapsus, à l'heure actuelle.

L'an suivant, Rüdin parvenait, avec le concours de Weinberg, à des résultats plus rigoureux, par une méthode perfectionnée : 701 familles schizophréniques (comprenant, comme dans mon premier ouvrage, chacune un cas-témoin ou « Proband », considéré comme une SX indiscutable) ont procréé 4.823 rejetons, parmi lesquels 765 schizophrènes (cas-témoins compris), soit 15,86 0/0, un peu moins d'1/6e. L'un des grands mérites de Rüdin-Weinberg a été de « retravailler » ce pour-cent à l'aide de méthodes qui, notamment, tiennent compte, pour chacun des 4.823 individus en cause, de l'âge atteint, de la probabilité de ses risques de mort et de maladie, calculés d'après les tables *ad hoc*. Bien entendu, les cas-témoins demeurent exclus de la statistique. Une fois pour toutes, on ne rapporte pas dans des calculs de ce genre la somme de tous les rejetons schizophréniques à la somme des rejetons non-schizophréniques, mais, les cas-témoins exclus, seuls entrent en ligne de compte les frères et sœurs, seuls représentatifs » dans une enquête qui veut éviter d'être « sélective ».

Rüdin trouve dans ces conditions une proportion de 4,48 0/0 (1/6 — 1/32) de SX parmi les rejetons de couples hétérozygotes. Il confirme ainsi le désaccord de l'hypothèse d'une tare schizophrénique dominante ou récessive monomère avec les faits. Il émet alors l'hypothèse d'une récessivité dimère, vu le rapprochement de ses données de la proportion fixée par la dimérie récessive, soit 1/16 = 6,25 0 0. (La proportion de 4,48 0/0 se rapproche davantage encore des 6,25 0/0 si, comme Rüdin l'a fait plus tard, on compte pour zéro, dans l'établissement

des risques morbides, les individus morts ou vivants, âgés de moins de 13 ans, par exemple (début de l'âge de la SX) ; pour 1/2, les morts ou vivants âgés de 13-36 ans, pour 1 ceux qui ont dépassé 36 ans. On obtient alors 5,35 0/0 par cette « méthode abrégée »).

Rüdin a d'autre part confirmé le rôle énorme, même paradoxal, de toutes espèces de psychopathies et particulièrement des caractères anormaux (schizoïdes) dans ce qu'on peut appeler la genèse de la SX. C'est ainsi qu'il trouve une proportion de schizophrènes, nettement augmentée, par rapport à sa moyenne générale de 4,48, parmi les rejetons d'un couple exempt de SX, d'alcoolisme et de toute psychose, mais affligé d'un oncle, d'une tante schizophrène ; atavisme indirect : 8,07 0/0 SX contre 4,48 ! On a fait un grief à Rüdin de cette affirmation qui déconcerte à première vue. *Quoi qu'il en soit, la présence de la SX chez les rejetons dépendrait moins de la fréquence de la SX chez les générateurs que de la fréquence de toutes espèces de psychopathies dans les divers degrés du parentage.*

Une excellente idée, c'est d'examiner les rejetons, en second lit, des générateurs des cas-témoins. 154 pères et mères de schizophrènes ont procréé après remariage avec des conjoints pris au hasard, du point de vue statistique, 521 enfants dont un seul schizophrène et trois autres psychoses ! Or, en premières noces, ils avaient donné le jour, avec leurs 154 partenaires, à 780 rejetons dont 158 schizophrènes.

C'est permettre d'en conclure que la tare schizophrénique (à deux facteurs ou plus ?) est rare, très rare, dans une population donnée (toutes réserves faites sur la nature de cette tare).

On doit à Rüdin d'autres constatations, d'un intérêt évident. *Les rejetons puînés seraient plus exposés à la SX que les aînés ; par exemple, la série 8 à 16 est plus exposée que la série 1 à 8.*

Rien ne prouve l'existence d'une corrélation entre la SX et le sexe. (Ce point est encore controversé). *Rien ne prouve la réalité du phénomène d'antéposition : d'une précocité qui s'affirmerait dans l'éclosion de la SX, de la génération des parents à celle des enfants, des aînés aux puînés.* Les constatations positives seraient, selon Rüdin, le fait d'une illusion statistique.

Enfin, Rüdin ne conclut ni à la spécificité, ni au polymor-

phisme de la SX. Le polymorphisme lui paraît assez vraisemblable. La SX serait le produit de processus génétiques mendéliens complexes, comme on en connaît en morphologie normale, dans les règnes végétal et animal.

La plupart des travaux qui ont suivi la publication de Rüdin, en 1916, ont apporté la confirmation de ses données et hypothèses. D'une manière générale, on aboutit, en se servant des méthodes de Weinberg, de plus en plus raffinées, à relever la valeur de la proportion des cas de SX (4,48 0/0 à 5,35 0/0) fournie par Rüdin, parmi les frères et sœurs des témoins. Zoller énonce 6,16 0/0 avec la correction de la « méthode abrégée ». H. Hoffmann monte à 7,6 0/0 et même, en reprenant les cas de Rüdin, dont il exclut les individus d'un âge inférieur à 40 ans, il atteint 8,7 0/0. Encore estime-t-il ce résultat légèrement inférieur à la réalité ; 9 0/0 y correspondant, selon lui, mieux encore. On sait que, dans le cas de récessivité dimère, 100 rejetons de couples allélomorphes doivent satisfaire à la répartition suivante : 56 0/0 normaux, 18,6 et 18,6 0/0, soit 2 variétés intermédiaires (plus ou moins manifestes), et 6,2 0/0 d'anomalies manifestes, homozygotes. Avec les 9 0/0 de Hoffmann, nous sommes déjà loin des 6,2 requis par cette hypothèse. La trimérie récessive exigerait, elle, 42 0/0 de produits normaux, 14 + 14 + 14 0/0, soit 3 variétés intermédiaires « graves », plus ou moins manifestes, 4,7 + 4,7 + 4,7 0/0, soit 3 variétés intermédiaires « légères » et 1,6 0/0 de produits trirécessifs homozygotes manifestes. On voit que l'hypothèse trimère s'accommode mal avec les faits ! Aussi Hoffmann préfère-t-il en rester à l'hypothèse de la dimérie... et avec lui, la plupart des psychiatres et des statisticiens. Sans doute, obtiendrait-on de tout autres proportions, dans le cas d'unions plus ou moins endogames. Si l'on imagine, avec Hoffmann, une communauté formée de 100 êtres, dans laquelle serait répartie une tare récessive trimère (trirécessive), selon les proportions définies plus haut, et si l'on imagine un « croisement », je prends le mot ici dans son acception expérimentale, du cas unique de tare trirécessive avec tous les autres, on obtiendrait 11,1 0/0 de cas de SX, soit de tare homozygote manifeste, dans cette progéniture, et 20 0/0, en cas de birécessivité et d'endogamie. Se produit-il quelque part une pareille endogamie ? *En fait, le problème de l'assimilation de la tare schizophrénique à un gène mendélien récessif demeure pen-*

dant. La dimérie même est d'une démonstration difficile. Si la SX était génétiquement birécessive, les rejetons de père et mère schizophrènes devraient toujours être schizophrènes eux-mêmes. Kahn, entre autres, a montré que tel n'était pas toujours le cas.

D'autre part, on a songé à divers « facteurs de perturbation » de la transmission mendélienne. La biologie nous enseigne que les tares ont une « pénétration », soit une puissance de manifestation inégale, malgré un mode de transmission identique. De deux tares birécessives, par exemple, l'une peut se manifester conformément à sa distribution théorique, dans tous les rejetons ; l'autre, dans un certain nombre seulement, et demeurer latente dans des cas où la théorie la requiert manifeste. On admet que cette latence est due à des facteurs d'inhibition internes ou externes ; internes, dans le cas de « rivalité » de gènes au sein de l'être, par exemple ; externes, par le fait de la péristase, soit des circonstances et conditions de l'ambiance. On peut se faire une idée de la valeur de pénétration d'une tare donnée, soit de sa « probabilité de manifestation », en recourant à la méthode d'examen par jumeaux univitellins : soit 100 couples de jumeaux univitellins dans lesquels l'un des jumeaux est atteint de SX ; dans combien de cas l'autre jumeau est-il atteint, lui aussi, de SX (concordance) ; dans combien de cas en est-il exempt ? (discordance). On rapporte la somme des cas discordants à la somme des cas concordants et l'on obtient en première approximation (75 à 25, par exemple), le rapport de la valeur de l'hérédité à la valeur de la péristase. Luxenburger trouve précisément dans la SX un rapport de 75 à 25 pour les jumeaux univitellins, de 0 à 100 pour les bivitellins. *Donc, dans le cas où la théorie requiert 100 0/0 de cas schizophréniques manifestes, cette tare demeurerait latente dans 1/4 des cas. La péristase serait la cause de cette latence.* C'est un des éléments de perturbation dont nous parlions tout à l'heure.

On a supposé aussi que le ou les facteurs du génotype schizophrénique pourraient être entachés de « létalité », et conférer, de ce fait, au porteur, une certaine inaptitude à la vie prolongée, en sorte qu'un grand nombre de schizophrènes mourraient en bas-âge ou dans la jeunesse et « fausseraient », par leur disparition, la proportion théorique des tarés et des non-tarés. On a songé à l'éventualité d'une muta-

tion, dans le cas de la SX. Une mutation n'est-elle pas l'apparition d'un homozygote, dans le cas de polymérie à 5-10-20 facteurs peut-être, parmi le million de phénotypes qu'implique une telle éventualité ? On s'est demandé si la SX ne se transmettait pas selon le mode de l'*homomérie* mendélienne : par la sommation de plusieurs facteurs, très ressemblants, et pourtant distincts et parfois inégaux, qui peuvent donner lieu à des « manifestations » en quelque sorte graduées, latentes à partir d'une somme minimale. Davenport a cité, comme exemple, la couleur de la peau des nègres, conditionnées par 3 couples de facteurs ($S^1 S^1$ — $S^2 S^2$ — $S^3 S^3$), absents tous trois chez le blanc, présents tous trois chez le nègre ($s^1 s^1$ — $s^2 s^2$ — $s^3 s^3$), hétérozygotes intermédiaires chez le mulâtre ($S^1 s^1$ — $S^2 s^2$ — $S^3 s^3$).

On sait aussi qu'à un phénotype unique peuvent répondre plusieurs génotypes, et l'inverse.

En résumé, et encore une fois, si l'hypothèse de la SX assimilée à une tare récessive dimère demeure la plus plausible, on n'est pas en droit d'affirmer que cette hypothèse est clairement justifiée par les faits.



L'énergique école de Münich, à laquelle on doit tant de beaux travaux sur la question qui nous occupe, s'est rendu compte un jour de la nécessité de changer son fusil d'épaule. Le mendélisme dont on attendait merveilles, nous aura du moins accoutumés à penser parfois en statisticiens : il n'a pas fait de nous des prophètes, or, je me permets de le dire ici sans malice, Rüdin entend prophétiser, disons, si l'on veut, « pronostiquer ». L'Institut Kaiser Wilhelm a pris, depuis 1925, l'initiative de recherches démographiques. Je ne puis pas entrer ici dans les détails, ni citer un à un en les épluchant, les travaux souvent captivants, exemplaires de cette pléïade d'auteurs qui ont nom, entre autres, Constantinu, Jrma Weinberg, H. Walker, A. Juda, C. Brugger, Gengnagel, Schulz, Luxenburger, etc. Je me contente de récapituler leurs résultats et de les réduire même à la vue synoptique. Le fait est que, depuis 1925, la science allemande a renoncé « provisoirement », selon l'expression de Luxenburger, à la recherche des proportions mendéliennes dans la transmission de la SX; elle est revenue à des investigations plus empiri-

ques et plus pratiques, plus fructueuses aussi par l'application qu'on en pouvait attendre et qu'on en a tiré. Il s'est désormais agi d'établir, par des enquêtes d'une ampleur parfois considérable, la fréquence de la tare schizophrénique: 1° au sein d'une population moyenne, citadine ou rurale ; 2° au sein du parentage des schizophrènes et par lignée indirecte, directe, collatérale, etc.

Les données dont nous disposons aujourd'hui, sur le premier point, sont dues entre autres à l'immense labeur de C. Brugger. Cet auteur, mon compatriote, a fait porter son enquête sur une communauté rurale de la région de Kempten, en Bavière, représentant près de 5.000 habitants, adonnés à l'élevage du bétail et à l'industrie du lait. Les « visiteurs » furent exclus de compte et les malades, originaires de ce lieu, mais émigrés ailleurs, y furent en revanche réintégrés par la statistique. Un autre recensement mental portait sur la totalité des habitants de deux communes de la Thuringe, avec 37.561 personnes. Je me contente de citer ces détails sans m'arrêter à la technique du recensement lui-même.

Quant au point 2°, je reproduis ici le tableau donné par Von Verschuer, dans son *Erbpathologie*, p. 97.

Nombre total des individus adultes examinés		Probabilité morbide en SX	Fréquence des psychopathies du type SX	Fréquence des atteintes par d'autres anomalies	Eugéniquement	
					Types suspects	Types francs
Frères, sœurs..	2.392.	7,5 %	9,7 %	16,3 %	32,8 %	67,2 %
Enfants........	595.	9,1 %	17,6 %	22,6 %	44,0 %	56,0 %
Petits enfants..	750.	2,4 %	4,7 %	27,0 %	33,3 %	67,7 %
Cousins, cousines	665.	1,8 %	9,8 %	16,3 %	25,9 %	74,1 %
Neveux, nièces.	1.407.	1,7 %	3,6 %	9,5 %	14,5 %	85,5 %
Pts neveux, ptes nièces	683.	1,1 %	1,3 %	4,3 %	6,1 %	93,9 %
Arr. pet enfants	42.	—	2,4 %	16,7 %	19,0 %	81,0 %
Population moyenne.	362.	0,85 %	2,9 %	11,8 %	15,6 %	84,4 %

Il y aurait lieu, dans un rapport moins étroitement limité que le mien, de commenter les divergences, parfois très notables, qui s'observent entre les auteurs, au sujet de pareilles données. Disons seulement qu'elles tiennent, pour

une part, à la qualité citadine, rurale, industrielle des communautés étudiées, et pour une autre part, à l'ethnographie, à la climatologie, enfin à la différence des méthodes d'investigation et de statistique. C'est ainsi que Luxenburger, à la recherche du taux des tares mentales dans une population moyenne, a imaginé de partir de 100 conjoints de paralytiques généraux ; ces 100 conjoints, ce sont les cas-témoins. Il dénombre chez eux, chez leurs père et mère et leurs frères et sœurs, les cas de SX, folie maniaque-dépressive, épilepsie, paralysie générale.

Dans le même but, mais avec une autre méthode, Klemperer recherche la fréquence des cas d'anomalies mentales telles que SX, épilepsie, psychopathies, débilité mentale, chez 1.000 individus choisis au hasard, dans les registres de naissance de Münich, aux années 1881-1890, en ayant soin de distribuer également le nombre des naissances entre tous les mois de l'année, de manière à conjurer quelque perturbation saisonnière. Il a pris soin de respecter, dans ce choix, le rapport des enfants illégitimes aux légitimes, soit 1 à 2, de règle à Münich, et de compter ainsi, dans ses mille sujets, 1/3 d'enfants naturels. Autre raison de divergence : tous les auteurs n'emploient pas l' « abgekürztes Verfahren » de Weinberg, c'est-à-dire qu'ils ne sérient pas leurs cas par classes d'âge en leur accordant une valeur statistique inégale, sur la foi des tables de morbidité. Un individu de 23 ans, qui vient d'entrer dans l'ère d'éclosion de la SX, par exemple, n'a pas la valeur statistique d'un homme de 45, qui l'a franchie.



L'étude de l'hérédité de la SX a glané encore quelques épis. On a vu plus haut que la probabilité de manifestation de la SX atteignait les 3/4 (et même les 4/5 : Luxenburger), que l'ambiance intrinsèque et extrinsèque pouvait opposer une inhibition de la valeur de 1/4 environ. *Pour les jumeaux univitellins, la SX revêt généralement chez tous deux le même aspect, strictement hébéphrénique ou catatonique, entre 15 et 30 ou 35 ans. On n'a jamais observé de couple affecté d'une catatonie pure et d'une hébéphrénie pure* (V. Verschuer). *En revanche, dans l'âge mûr et avancé, la SX peut présenter des aspects paranoïdes, chez deux jumeaux univitellins et trahir alors entre eux deux des différences.* A la longue

cependant, la même variabilité affectant les deux êtres, tous deux présentent, sans synchronisme, un kaléidoscope d'états successifs et de triple apparence, catatonique hébéphrénique et paranoïde.

Ces trois aspects confirment et justifient, jusqu'à un certain point, leur rattachement à la SX unitaire et doivent nous rendre circonspects, à l'heure de la synthèse systématique et de l'analyse. Il s'agit d'ailleurs, dans ces cas de « paranoïsme », d'atteintes sur fonds catatono-hébéphrénique, comme on vient de le dire. *L'identité remarquable de l'aspect de la SX chez des jumeaux univitellins nous autorise à croire à l'existence d'une tare, d'un gène, étranger à la SX et par conséquent spécifique, dans le cas où deux membres, plus précisément deux frères et sœurs d'une même famille, sont affectés d'une SX notablement différente, à moins que l'on puisse prouver un jour que la SX prend un aspect différent selon la « constitution » individuelle sur laquelle elle se développe.* Notons en passant, à ce sujet, la constatation de Mauz : la constitution dépourvue de ce que Kretschmer appelle les traits « pycniques » rendrait le pronostic de la SX plus réservé sur ce terrain. (Kretschmer trouve 20 0/0 de « pycniques », 40-50 0/0 de leptosomes et d'asthéniques, 5 0/0 de dysplastiques, dans la population générale !).



Quel rôle joueraient les infections, les intoxications et les traumatismes dans la genèse de la SX ? Rüdin a incriminé l'alcoolisme, si fréquent chez les générateurs de SX. Pour Luxenburger il existerait une corrélation positive entre la SX et la morbidité tuberculeuse, mais non pas entre tuberculose et folie maniaque-dépressive. Serait-ce la constitution lepsotome-asthénique qui concrétiserait cette liaison ? Luxenburger ne le pense pas. Il préfère admettre une corrélation biologique plus générale entre la disposition à la SX et la faiblesse héréditaire des tissus qui résisteraient mal à l'infection tuberculeuse. Mais récemment B. Schulz a conclu, d'une manière dubitative, une sérieuse enquête à ce sujet.

Rien de sûr, non plus, en ce qui concerne les corrélations de la SX et de la syphilis.

Si Reichardt nie la genèse traumatique de la SX et répudie même l'hypothèse d'un déclenchement de la disposition SX

par le trauma, et si Bleuler observe que les violences crânio-encéphaliques de la guerre n'ont pas sensiblement accru le nombre des SX dans le monde, H.-W. Maier et Bertschinger croient à l'efficacité du choc traumatique dans l'éclosion et le développement de la psychose SX, et Kronfeld est du même avis. Dans une récente enquête, menée de manière exemplaire, Bruno Schulz, de Münich, est tout de même frappé de voir quelle inégalité de tare affecte les frères et sœurs de SX, si l'on compare les cas dans lesquels la SX paraît s'être développée sans cause connue ou alléguée aux cas où la SX est rapportée à un traumatisme cranien. Les frères et sœurs de SX « sans cause connue » sont affectés de SX dans 8,3 0/0 ; les frères et sœurs de 55 cas de SX « à traumatisme cérébral », antérieur à la psychose, dans 2,9 0/0 seulement. *Cette inégalité lui paraît digne de justifier le soupçon d'une erreur de diagnostic.* Ne pourrait-il pas s'agir d'une psychose traumatique à forme SX et n'y aurait-il pas des raisons de penser que, précisément dans ces cas, la disposition à la SX exigeait pour se manifester une corrélation d'origine extrinsèque ? A noter que ces 55 cas sont pris dans ceux dont Rüdin a tiré sa monographie, en 1916. (Schulz rapporte, à ce propos, qu'il a dû éliminer de ces 702 cas-témoins de jadis, 42 individus dont le diagnostic de SX s'était fait, depuis lors, incertain !).



Demandons-nous maintenant ce que l'étude de l'hérédité des affections ou syndromes circonvoisins de la SX a pu nous apprendre touchant la nature de cette psychose.

Les « paraphrénies » de Kræpelin ont été soumises à vérification par H. Hoffmann et W. Mayer entre autres : or, Mayer a vu 30 cas, sur ses 78 cas « typiques », évoluer en SX indiscutable, 5 autres en folie maniaque-dépressive. Il en conclut que le type « paraphrénique » ne se maintient plus en systématique. *Hoffmann est surtout frappé par la fréquence des cas de SX et de psychopathie schizoïde chez les frères et sœurs, neveux, nièces et les rejetons des paraphrénies-témoins.* Il y aurait donc affinité entre la SX et la paraphrénie qu'il veut conserver autonome : la paraphrénie ne serait peut-être qu'une SX atténuée. Un facteur ou gène de folie maniaque-dépressive, joint à certain facteur du type SX, provoquerait l'éclosion de cette psychose complexe !

La *paranoïa* sensu stricto des Allemands, répond aux délires systématisés de la psychiatrie française. Elle offre, à bien des points de vue, un contraste frappant avec la SX. Que nous enseignent à son sujet les études génétiques ? Economo, l'ami si regretté, s'est beaucoup occupé d'elle. Dans deux travaux traités avec la finesse et la distinction qu'il mettait à toutes choses, il note une forte imprégnation du milieu familial par la SX, la paraphrénie, les délires paranoïdes (psychoses systématisées progressives), etc. Huit paranoïaques engendrent 22 rejetons dont 6 SX (27 0/0) et 9 psychopathies schizoïdes (41 0/0) ; 7 enfants seulement sont normaux.

Economo a conclu de ses recherches que la paranoïa, comme la paraphrénie, n'était qu'une SX au degré léger, un des aspects d'une tare héréditaire, inégale en poids pourrait-on dire, chez les membres de la même famille. Mais l'accord ne s'est pas fait sur ce point entre les auteurs. Specht et Hoffmann ont été frappés du nombre et de la variété des anomalies du groupe cyclophrénique dans le milieu des paranoïaques ; ils en concluent, l'un, Specht, que la paranoïa se rattache à la tare Cy, l'autre, qu'elle exige à la fois un gène SX et un gène Cy. Schweighofer penche plutôt pour une affection autonome, imprégnant le parentage de visionnaires, prophètes, hygiénistes, bigots, thérapeuthes, excentriques dont le monde est assez plein. La génétique laisse donc la question pendante.

En revanche, elle paraît bien avoir débrouillé le problème de la pfropfhébéphrénie. On connaît, sous ce beau nom, en Allemagne, un syndrome d'abrutissement juvénile très précoce : Kræpelin le considérait comme une démence précoce infantile, susceptible de poussées ultérieures. D'autres, comme Weygandt, pensaient à la sommation des deux tares : la SX et l'imbécillité. Un beau travail de Carl Brugger nous vaut une réponse nette. C'est un des rares cas où les investigations génétiques se sont révélées décisives. J'en cite ici quelques éléments : 85 hébéphrènes de cette catégorie ont 66 débiles parmi leurs 429 frères et sœurs, soit 15,4 0/0. Or, dans la population moyenne, on compte 4,9 0/0 de débilités de tous modes et dans les familles de débiles-témoins, 15,5 0/0 de débiles. Nos hébéphrènes sont donc tarés comme les débiles. De même, nos 85 hébéphrènes donnent, parmi leurs 429 frères et sœurs, 6,06 0/0 de SX. Dans une population

moyenne, on en compte 0,44 0/0 et dans les familles de SX-témoins, 2,53 0/0. Nos hébéphrènes sont donc chargés de tare SX autant et plus que les SX eux-mêmes. *La pfropfhébéphrénie est donc une SX plus une imbécillité, non pas une démence précocissime.*

Un lien unit-il les psychoses du type paranoïde présénile et sénile à la SX ? Bleuler pense que les délires du type de « préjudice présénile » manifestent des SX tardives, déclenchées par l'atrophie cérébrale. Weinberger ne trouve guère de surcharge SX dans le milieu familial des séniles, Meggendorfer non plus. Bruno Schulz trouve bien un peu plus de psychoses séniles, de SX, d'alcooliques et d'originaux autour de 51 cas d'affections paranoïdes tardives, un peu plus que dans la population générale, mais il se garde d'en conclure à l'identité des processus paranoïde tardif et SX. *Il ne retient que l'augmentation du taux des psychoses séniles dans l'entourage des paranoïas séniles.*

L'incertitude règne toujours dans la question des *psychoses mixtes.* S'agit-il d'une conjonction de tares dont on retrouverait les vestiges dans la double lignée génératrice ? Ou bien la tare SX pourrait-elle déclencher des réactions du type cyclophrénique sur le terrain « constitutionnel » de la manie-mélancolie ? (type pycnique de Kretschmer). On ne sait que ceci : *le caractère rémittent de certaines SX ne saurait être attribué à l'existence, dans le génoplasme familial, d'une tare Cy car de très nombreux cas de SX rémittente n'ont pas décelé de tare Cy dans leur ascendance.* Sur les 100 SX de Lange, 17 seulement présentent une tare Cy dans l'ambiance, 77 ont joui de rémissions nettes.

Ramassons une dernière glane sur notre champ d'étude : la *schizoïdie !* Qu'en advient-il dans les investigations génétiques ? Si on laisse de côté les théories, très prospères, pour ne recueillir que des faits, la tâche du rapporteur est facile : Oui, les chercheurs trouvent et retrouvent bien, dans le milieu familial de la SX, des anomalies qui paraissent s'y apparenter à la grande psychose : des psychopathies schizoïdes, si l'on veut. *Elles y sont même si nombreuses et si tenaces que, pour Kahn, la schizoïdie se transmettrait en dominante, c'est-à-dire de manière directe et continue.* De là à postuler deux gènes pour la genèse de la SX : un gène schizoïde, dominant ; un gène SX récessif, il n'y a qu'un pas, que Kahn franchit... mais j'ai dit que je ne voulais pas faire état ici des

théories. Cette ténacité continue des psychopathies dites schizoïdes, Lenz et Hoffmann la soulignent à leur tour. Ils inclinent à croire à sa dominance héréditaire. Schneider, qui fait la même constatation, n'a cependant trouvé qu'un cinquième seulement de psychopathes « schizoïdes » apparentés à ses cas-témoins SX. Berze, et beaucoup d'autres avec lui, ne cessent d'autre part de remarquer que, s'il existe des SX baignant dans la schizoïdie, de nombreux cas de SX sont exempts de cette ambiance. Berze prétend à ce propos que là où manque cet environnement par la schizoïdie, c'est non pas la SX, mais la vraie démence précoce qui surgit. Quant au caractère « schizoïde » des candidats à la SX, H. Hoffmann est d'avis que le fait n'est pas discutable. Plus un prédément, passez-moi l'expression, s'est montré schizoïde, avant sa maladie, plus sa SX affecterait un cours et un aspect classiques. Notons qu'Hoffmann compte 19,6 0/0 de « purs syntones ou cyclothymes » parmi ses prédéments ; 55,7 0/0 de schizoïdes et 24,6 0/0 de formes mixtes. Un gros travail de Berlit sur les accointances pathologiques des psychopathes (caractères anormaux) n'aboutit qu'à cette donnée, en ce qui concerne la SX : cette psychose se retrouverait, le plus fréquemment, chez les générateurs et grands-parents des psychopathes schizoïdes et les déficitaires du sens moral ; elle manquerait au contraire chez les parents et grands-parents des « instables ». Rapprochons de ces faits l'affirmation de H.-W. Maier : la transmission de l'idiotie morale serait spécifique et directe, donc dominante comme la schizoïdie, selon Kahn. Cette fameuse schizoïdie nous escamote encore son jeu dans le patient et consciencieux travail de Hoffmann. On y voit la SX éclore chez un rejeton de SX et de conjoint schizoïde, chez un rejeton de SX et de conjoint sain, chez le rejeton d'un couple schizoïde-schizoïde, ou de couple schizoïde-sain, ou de couple sain-sain. Hoffmann signale des individus qui passent successivement par des phases non-schizoïde, schizoïde et SX.

Disons-le sans ambages : *les études génétiques n'ont pas débrouillé l'écheveau de la schizoïdie.*



Le bilan de nos connaissances et de notre ignorance ? Les études génétiques nous ont appris à rendre à la statistique et

à la clinique ce qui leur appartient. La statistique mendélienne nous a dévoilé le damier de ses permutations infinies et, du coup, rendu le problème statistique moins accessible et plus ardu que le problème clinique lui-même. Revenus de l'acrobatie des gènes et des facteurs, récessifs et dominants, nous avons du moins perçu leur caractère de relativité élastique et plastique et compris que ces valeurs s'intégraient en « fluxion » continue entre les valeurs extrêmes qui nous frappent et que nous avons dénommées « le manifeste » et « le latent ». Il nous faut renoncer à l'esprit de prophétie, en matière de pronostic, et perfectionner le diagnostic par une discrimination clinique plus subtile. Si nous avons reconnu l'importance du « milieu familial » qui fournit les matériaux dont la psychose est bâtie, *encore comprenons-nous aujourd'hui qu'il est imprudent de juger la psychose sur les caractères de ce milieu :* toute maison qui s'élève offre le spectacle d'un chantier jonché de pierres, de sable et d'ornières, et cependant les maisons diffèrent parfois beaucoup les unes des autres. *Conclure à l'identité, à la parenté de deux psychoses, du fait de la ressemblance de leurs « milieux », des matériaux pathologiques qui les environnent, s'est s'exposer à la confusion :* c'est pourtant le cas de ceux qui prétendent unir des syndromes tels que la paranoïa et la schizoïdie, sous prétexte qu'on trouve, dans le parentage, un nombre élevé de SX. Cette « méthode » d'induction est fallacieuse. La psychiatrie nous présente, sous le nom de psychoses, des affections qui tiennent leur apparente spécificité de matériaux, souvent très hétérogènes, ou qui réalisent au contraire la diversité avec les éléments d'un même terrain : comme un même enclos où prospèrent des poireaux, des poires et des fleurs. C'est que la spécificité de la psychose s'élabore par le mécanisme de l'individuel : tous les matériaux, filons héréditaires, gènes des lignées bilatérales, subissent une refonte, un regroupement, qui est une espèce de mutation pour chaque être. Gardons-nous donc d'inférer trop étroitement du « milieu » au « produit ».

Ce regroupement, cette refonte, se dénonceront plus tard dans le « caractère individuel » de l'homme. Ce « caractère », image de la spécificité, née de l'hétérogène, est l'objet d'étude d'une science jeune et à qui l'on devra peut-être des clartés en systématique. Elle individualisera la psychiatrie en s'appliquant à suivre la filiation psychologique dans son

transformisme qui, aujourd'hui, nous déconcerte et demain nous enchantera.

Les psychoses connues sous le nom de SX nous offrent vraisemblablement des aspects, divers par leur extension, leur élection, par leur « temps » et leur espace. *Il paraît aventureux de conclure à la parenté des syndromes, sur la foi d'une convergence ou d'un aboutissement.* Une pleurésie qui précède une pneumonie ne devient pas, du point de vue nosographique, une inflammation pulmonaire. Les affections qui se « paranoïsent » ne sont pas nécessairement des paranoïas. *La systématique tend à confondre le chemin et le but.* Comme le disait Hoche, les unités-maladies sont des fantômes.

Dissocions, n'associons pas. Les études génétiques récentes donnent raison à la psychiatrie française, éprise, de tout temps, de discrimination et d'individualisme. En Allemagne, l'école génétique à qui l'on doit tant, s'ouvre à la catégorisation plus subtile et depuis quelques années cherche à resserrer les mailles de ses filets, dans ses investigations statistiques. (A ce propos, le dernier travail de Bruno Schulz est particulièrement remarquable).

Nous sommes en droit d'attendre beaucoup de la doctrine de Clérambault. Rompant avec la spéculation psychologique en psychiatrie, elle nous ramène à une réalité concrète organique, qui soutient l'esprit, un peu las des acrobaties du symbolisme.



Je ne puis pas clore ce rapport bref et cursif dans dire un mot du mouvement qui doit illustrer en Allemagne l'ère des études génétiques et les bienfaits dont elle nous comble. La loi du 14 juillet 1933 excommunie la progéniture éventuelle des malades « héréditaires » et en préserve la société future par la stérilisation opératoire des oligophrènes, schizophrènes, cyclophrènes, épileptiques et des aveugles et sourds « héréditaires ». Je laisse de côté l'accessoire. Cette loi vise à extirper les « tares », récessives ou latentes, des affections qu'on vient de passer en revue, à purifier la nation allemande de cette dégénérescence. Elle fonde son verdict et son jugement sur les données fournies soit par les études mendéliennes, soit par les études de pronostic empirique dont il a été

question dans mon exposé. Elle admet donc qu'une probabilité de risques pathologiques, qui ne doit pas nécessairement atteindre 100 ni même 50 0/0, suffit à déclencher le couperet car, énonce-t-elle expressément, une probabilité faible est réputée grande en génétique. Or la schizophrénie du code sanitaire comprend toutes les variétés que l'Allemagne abrite dans le vaste parc de sa systématique kræpelino-bleulérienne : catatonie, hébéphrénie, démence paranoïde, démence simple, paraphrénie et de nombreux cas de paranoïa : environ 280.000 individus, paraît-il. Le commentaire dont Gütt, Rüdin et Ruttke font suivre l'énoncé de la loi, spécifie, avec toute la clarté désirable, le point de vue du législateur. « Il y a lieu, disent-ils, de souligner de la manière la plus catégorique, le fait suivant : ni la bénignité d'un cas, ni la fugacité d'un accès, ni sa guérison plus ou moins complète, même jusqu'à la parfaite restitution du rendement social, aucune de ces circonstances n'atténue la nécessité de la stérilisation. Au contraire !... Les symptômes précurseurs les plus ténus ne justifient pas seulement, mais imposent la stérilisation, le plus promptement possible, afin qu'il ne soit pas trop tard... etc. » (p. 98). Et il n'y a pas lieu de s'embarrasser du diagnostic différentiel, puisque SX et cyclophrénie tombent sous le coup de la même extermination. Evidemment, la « schizoïdie » pourrait donner du fil à retordre... Soit, poursuit le commentateur, on s'en remettrait alors au jugement de spécialistes expérimentés (p. 99). Mais, même en cas de doute, on soumettra (dénoncera) le patient au tribunal (Erbgesundheitsgericht et Obererbgesundheitsgericht), car le sens de la loi, c'est l'extirpation des gênes nocives ; car, j'ai bien lu, tous les perfectionnements de la thérapeutique de la SX ne feront pas que la loi ne recoure à la stérilisation, et à la plus prompte possible.

S'il est légitime, à mon avis, de recourir à la stérilisation de certains aliénés oligophrènes, alcooliques, pervers et psychopathes, dans le but, *toujours particulier,* d'éviter des misères, des scandales et des ignominies, de parer à de grosses infortunes, les prétentions du Code allemand me paraissent démesurées et son application douloureuse. Le législateur, doublé du psychiatre, emprunte à Mendel la rigueur d'une expérimentation toute animale et n'en fournit pas les *garanties humaines.* Saisi par l'esprit de prophétie, il énonce en oracles, des bribes d'affirmations encore incohérentes. Il

confère à un cénacle de « techniciens » le pouvoir surnaturel de juger de la valeur sociale et spirituelle d'un être, et de reséquer, au nom d'une mystique, infailliblement, la part du Mal. Cette mystique, en poursuivant l'ensorcellement du mal héréditaire, tare devenue satanique, traque le malade en sorcier et fait du médecin qui le confesse, un violateur patenté du secret professionnel, déjà si compromis par l'abus des assurances. *Summum jus, summa injuria* : c'est le cas de le dire. Enfin, ne conçoit-on pas que la SX est en continuel devenir au sein d'un peuple et qu'il faudrait taillader bien haut et bien loin pour en sectionner partout les attaches.

Ces réflexions peuvent, sans doute, paraître « sentimentales » ; mais l'exposé que j'ai tâché de rendre, sinon complet, du moins impartial, de nos connaissances en génétique sur le sujet de la SX, auront démontré, je l'espère, à mes auditeurs que la part de l'ignorance y est telle que le « sentiment » nous est encore un meilleur guide en ces matières que la doctrine. Le bon sens et l'humanité, vaguement éclairés par la lampe studieuse de nos veilles, demeureront encore de meilleurs juges et de plus avertis que la génétique à mystique raciale. Et je ne parle ici que de SX ! Mon collègue et ami Brousseau trouvera sans doute d'autres accents pour parler du code allemand et de sa prophylaxie de la folie maniaque-dépressive ! « Ni la psychiatrie ni la génétique ne sont à l'heure actuelle des sciences exactes. » Ainsi se conclut le rapport américain sur la question de la stérilisation eugénique. A la fin de cet exposé, je conclus de même.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achille-Delmas. — Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. *Congrès de Limoges*, 1932.

2. B. Berlit. — Erblichkeitsuntersuchungen bei Psychopathen. *Zeitschrift fur die gesamte Neurologie u. Psychiatrie* (= *Z.f.d.g.N.u.P.*). Vol. 134, p. 382.

3. J. Berze. — Die hereditären Beziehungen der Dementia Praecox. *Leipzig und Wien*, 1910.

— Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits und Konstitutionsforschung. *Z.f.d.g.N.u.P.* Vol. 87 (1923), p. 94 et vol. 96, p. 603 (1925).

4. Bostroem. — Zur Frage des Schizoïds. *Archiv. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten*. Vol. 77, v. 32, 1926.

5. W. Boven. — Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive. *Thèse de Lausanne*, 1915.
— L'hérédité en psychiatrie. Rapport au Congrès des aliénistes suisses. *Encéphale*, N° 10, 1924.
— Recherches sur la psychopathologie des familles normales. *Archives suisses de Neurol. et de Psychiatrie*. Vol. **14**, fasc. 1, 1924.
6. C. Brugger. — Psychiatrisch-genealogische Untersuchungen an einer Allgäuer Landbevölkerung, etc. *Z.f.d.g.N.u.N.* Vol. **145**, p. 516.
— Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. *Ibid.* Vol. **146**, p. 489.
— Die erbbiologische Stellung der Pfropfhebephrenie. *Ibid.* Vol. **113**, p. 348, 1928.
— Versuch einer Geisteskrankenzählung in Thüringen. *Ibid.* Vol. **133**, p. 352, 1931.
7. O. Bumke. — Die Auflösung der Dementia Praecox. *Klinische Wochenschrift*, 3, 1924.
8. H. Claude. — Démence précoce et schizophrénie. *Congrès de Genève-Lausanne*, 1926.
9. Constantinu. — Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten von Neffen und Nichten, Grossneffen und Grossnichten von Schizophrenen Thüringen. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **125**, 1930.
10. Von Economo. — Die hereditären Verhältnisse bei der Paranoïa querulans. *Jahrbuch für Psychiatrie u. Neurol.* Vol. **36**, p. 418, 1914.
— Ueber den Wert der genealogischen Forschung für die Einteilung der Psychosen — speziell der Paranoïa — und über die Regel vom gesunden Drittel. *München. Medizinische Wochenschrift.* Vol. **69**, p. 227, 1922.
11. Gengnagel. — Beitrag zum Problem der Erbprognosebestimmung. Ueber die Erkrankungsaussichten der Kinder von Schizophrenen. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **145**, p. 52.
12. H. Hoffmann. — Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. *Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Springer*, 1921.
— Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. *Monatsschrift für Psychiatrie u. Neur.* Vol. **32**, 1926.
13. A. Juda. — Ueber die Erkrankungsaussichten der Enkel Schizophrener. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **113**, p. 487, 1928.
14. E. Kahn. — Schizoïd une Schizophrenie im Erbgang. *Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Springer*, 1923.
15. J. Klemperer. — Zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Psychosenhäufigkeit unter 1000 stichprobenmässig aus den Geburtsregistern der Stadt München. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **146**, p. 277.
16. E. Kretschmer. — Körperbau und Charakter. *Springer*, 1925.
17. J. Lange. — Ueber die Paranoïa und die paranoïschen Veranlagung. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **94**, p. 85, 1924.
18. A. Lenz. — Die krankhaften Erbanlagen (dans Baur, Fischer et Lenz). Menschliche Erblichkeitslehre. *Lehmann*, 1927.

19. H. Luxenburger. — Demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytikerehegatten. Versuch einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **112**, p. 331, 1928.

— Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterschaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **109**, p. 313, 1927.

20. H.-W. Maier, *u. Bertschinger.* — Zur Frage der Auslösung von Schizophrenien durch Kopfverletzungen und deren Begutachtung. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **49**, p. 327, 1919.

H.-W. Maier. — Über moralische Idiotie. *Journal f. Psychol. u. Neurol.* Vol. **13**, 1908.

21. F. Mauz. — Die Prognostik endogener Psychosen. *Leipzig,* 1930.

22. F. Meggendorfer. — Klinische und genealogische Untersuchungen über Moral insanity. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **66**, 1921.

23. *Report of the Committee for the investigation of sterilization.* (American neurological Association). 1934.

24. M. Reichardt. — Schizophrenie und Kriegsdienst. *Ärztlich. Sachverständigerzeitung,* 33, 1927.

25. E. Rüdin. — Zur Vererbung und Neuenstehung der Dementia Praecox *Springer,* 1916.

26. B. Schulz. — Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **102**,, p. 1, 1926.

B. Schulz. — Zur Erbpathologie der Schizophrenie. *Ibidem.* Vol. **143**, p. 175, 1932.

— Methodik der medizinischen Erbforschung. *Thieme,* 1936.

27. A. Schneider. — Über Psychopathen in Dementia-Praecox Familien. *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psysch. gerichtl. Med.* Vol. **79**, p. 384, 1923.

28. O. Von Verschuer. — Erbpathologie. *Ein Lehrbuch für Ärzte. Steinkopff,* 1934.

29. H. Walker. — Zum Problem der empirischen Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten sowie der Grossneffen u. Grossnichten Basler Schizophrener. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **120**, 1929.

30. Weinberg W. — Vererbungsforschung und Genealogie. *Archiv f. Rassen und Gesellschaftsbiologie.* Vol. **8**, 1911.

— Weitere Beiträge zur Theorie der Vererbung. *Ibid.* Vol. **9**, 1912.

— Auslesewirkungen bei biologisch-statistischen Problemen. *Ibid.* Vol. **10**, 1913.

31. Jrma Weinberg. — Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Vettern und Basen von Schizophrenen. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **112**, p. 101, 1928.

32. E. Zoller. — Zur Erblichkeitsforschung bei Dementia Praecox. *Z. f. d. g. N. u. P.* Vol. **55**, p. 275, 1920.

L'HÉRÉDITÉ
DES AFFECTIONS CIRCULAIRES

par le Docteur A. Brousseau (de Paris)

I. DÉFINITION

J.-P. Falret définit par « *folie circulaire* » cette succession continuelle de deux états qui ne sont, en général, ni la manie, ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels. « C'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladie mentale, sans leur relief. »

Il est évident qu'en proposant cette étude, on n'a pas voulu limiter le rapporteur à l'exposé de nos connaissances sur l'hérédité de cette variété relativement rare.

L'usage s'est répandu, et surtout hors de France, de désigner par là un vaste ensemble d'états pathologiques à évolution cyclique dont l'aspect clinique essentiel est caractérisé par une altération plus ou moins profonde de l'humeur.

Dans ce sens, que d'aucuns trouveront démesuré, on peut grouper aussi bien manies, mélancolies, états mixtes, psychoses intermittentes, psychoses maniaques dépressives, folie circulaire de Falret, folie à double forme de Baillarger, psychoses périodiques, cyclothymie pathologique, auxquels tout clinicien ne saurait refuser de reconnaître un air d'étroite parenté.

Plutôt que de disputer vainement sur les mérites respectifs de l'une ou l'autre des appellations possibles, dont la prééminence ne s'impose pas, il est préférable de conclure sur les termes « états circulaires », un accord provisoire, mais qui comporte une signification clinique nette.

II. POSITION DU PROBLÈME

Le problème de l'hérédité des états circulaires peut être ainsi posé :

S'agit-il d'une affection héréditaire et dans quelle mesure ?

Cette hérédité se fait-elle selon un mode déterminé par les calculs mendéliens ?

Est-elle nécessaire et suffisante ?

Les « états circulaires » peuvent-ils relever d'autres causes non héréditaires, innées ou acquises depuis la naissance, primitives ou accessoires ?

Je me propose d'esquisser les traits essentiels du progrès de nos connaissances à ce sujet, de présenter à votre examen les hypothèses qu'elles ont suscitées et d'offrir à votre discussion une opinion sur l'état présent de la question et sur les conséquences pronostiques et eugéniques que l'on a cru pouvoir en tirer.

Mais, au préalable, je ne puis me tenir d'exprimer la perplexité, le sentiment de malaise et d'insécurité qu'éprouve le clinicien devant un pareil assemblage de théories et de faits. Les uns parlent uniquement de psychoses, les autres, de variations morbides de l'humeur, sans qu'il soit toujours admis que l'on n'envisage en cela que des différences quantitatives. Ce que beaucoup qualifient de troubles de l'humeur est considéré par certains, et non des moindres, comme l'expression d'un caractère ou d'un tempérament particulier. La réduction des dissemblances ne se fait souvent qu'au stade des nombres. Chemin faisant, je m'efforcerai de marquer ces périls.

III. APERÇU HISTORIQUE

J.-P. Falret disait déjà (1854) que *la folie circulaire* était « très héréditaire » et il inclinait à penser, de par son expérience personnelle, qu'elle l'était davantage que d'autres espèces de maladies mentales. Il signalait aussi sa fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme. Jules Falret (1878) cite, à l'appui de l'opinion de son père, l'observation qu'ils firent « dans trois familles différentes, de cette « forme de maladie mentale perpétuée pendant trois géné« rations, chez la grand'mère, la mère et la fille atteintes « successivement de la même affection ».

Elle est, presque toujours, héréditaire, survient ordinairement après la puberté, sous l'influence de causes occasionnelles et même, si elle se produit à un âge plus avancé, « elle doit encore être attribuée à l'influence héréditaire, car « elle a existé également chez les ascendants et s'est produite « chez eux à la même époque de la vie ».

Ainsi, dans ce même temps où l'on commençait d'individualiser les syndromes circulaires, l'hérédité, « cause des causes » selon Trélat, se dégageait du polymorphisme originel (Pinel, Esquirol, Lucas, Moreau de Tours, Morel puis Legrand du Saulle, Magnan) et, dans ce cas, apparaissait principalement comme similaire et directe.

Bien avant la fortune de la synthèse kraepelinienne et l'essai d'application des lois de Mendel aux faits d'hérédité psychopathique, des statistiques sont publiées dont les pourcentages marquent bien les limites, encore relativement restreintes, du champ clinique. Mordret (1883) signale l'hérédité dans 62 0/0 des cas de folie à double forme. Karrer (1881) l'avait notée dans 60 0/0 des psychoses circulaires et Mendel (Die Manie, Vienne, 1881) dans 53 0/0 de ses observations.

A partir de Kraepelin (1896), les chiffres dûs à un grand nombre d'auteurs, montent aux environs de 80 0/0 avec Fitschen (1900), Ziehen (1902), Peixoto (1905), Strohmayer (1914), Pilcz (1926). Kraepelin dans son Traité, Bleuler dans son Manuel, s'accordent sur ce chiffre. Sünner (1922) atteint à près de 85 0/0. Lange (1928, dans son article du Traité de Bumke) retrouve les 90 0/0 que Weygandt avait calculés en 1901.

Mais l'accord est loin d'être unanime. Les recherches de Köller (1895) portant, il est vrai, sur l'hérédité psychopathique globale, n'accusent qu'un rapport de 1 à 2 (28 0/0 contre 57,3 0/0) entre parents de sujets sains et parents de malades.

Diem (1905) fait une vaste enquête de même ordre et ce rapport s'abaisse à 1/1,5. Sioli (1885), puis Vorster (1901), selon Kraepelin (8e édition), avaient été frappés du caractère homologue de l'hérédité chez les maniaques dépressifs et de l'exclusion à peu près constante de la démence précoce dans ces mêmes lignées.

Les travaux de Pilcz (1907) sur l'hérédité de 2.000 malades attestent la prépondérance habituelle d'une hérédité similaire. Reiss (1910) croit que les altérations constitutionnelles de l'humeur et les syndromes circulaires sont, avec une fréquence toute particulière, et dans tous leurs détails, sujets à une transmission héréditaire. A l'appui de cette opinion, il cite une famille où, pour une génération, s'unissent d'une part, une disposition maniaque héréditaire, d'autre part, une disposition dépressive. Il en résulte chez leurs descendants une combinaison des aptitudes morbides des deux lignées, très différentes de ce que l'on trouve chez les collatéraux des deux côtés, qui continuent d'évoluer selon le mode atavique.

Que l'hérédité joue un rôle considérable dans l'étiologie de la folie maniaque dépressive, l'expérience clinique ne permettait plus guère d'en douter. Les travaux modernes, dont nous ne pouvons rappeler ici que les principaux, tendent de plus en plus à confirmer l'opinion ancienne de Sioli pour qui cette hérédité serait régulièrement similaire. Jolly (Halle, 1913), note des cas indubitables d'hérédité similaire. C'est ainsi que, dans une étude portant sur 21 familles, il signale la similarité poussée jusqu'à la reproduction héréditaire du même syndrome, l'une des familles comportant des mélancolies, l'autre des maniaques, la troisième des psychoses circulaires. Il signale aussi la fréquence du déclanchement morbide lors d'une même période de la vie. Wittermann (1913) a pu suivre le passage de la psychose maniaque dépressive dans quatre générations d'une même famille et dans les quatre familles étudiées, cette hérédité était directe. Medow (1914) sur 23 cas de folie maniaque dépressive, trouve 9 fois l'hérédité directe, 2 fois l'hérédité similaire indirecte. De plus, dans la grande majorité des cas, il relève une fréquence anormale

de dispositions constitutionnelles du type hypomaniaque, dépressif ou cyclothymique.

Boven (1915), dans un important mémoire intitulé *Similarité et Mendélisme*, consacre la moitié de cet ouvrage à l'étude de 30 cas personnels dont 15 de chaque sexe observés à l'asile de Céry. Pour chacun de ces cas ses recherches ont porté sur les collatéraux des malades, leurs père et mère, oncles et tantes paternels et maternels, cousins germains et grands-parents des deux côtés et, chaque fois, l'investigation personnelle fut menée de la façon la plus soigneuse et la plus poussée. La transmission de la folie maniaque dépressive lui est apparue comme continue et similaire, et l'hérédité de cette affection comme similaire et spécifique. Il n'en est pas de même pour la démence précoce et l'auteur s'appuie sur son expérience pour contester l'exclusivisme absolu entre ces deux grandes psychoses endogènes qu'avaient prononcé certains auteurs. Il remarque aussi la gravité des syndromes dûs à l'hérédité directe similaire et la malignité des cas à début précoce. Il confirme aussi l'opinion de Harbolla touchant la précocité plus grande des manifestations morbides chez les enfants des sujets atteints de psychose maniaque dépressive. C'est là ce qu'Heuyer a qualifié d'hérédité précessive. En résumé, sur 30 cas, 22 comportaient une hérédité similaire, soit 73,3 0/0 contre 26,7 0/0 d'hérédité polymorphe. Boven, après une étude très minutieuse de l'hypothèse d'une hérédité du type mendélien et des statistiques par lesquelles on tend à la prouver, démontre très clairement les erreurs de méthode qui les faussent et conteste que cette affection se transmette selon un mode connu. Et si, dans la recherche de l'hérédité, on relève dans une famille, qu'aucune autre psychose ou psychopathie ne caractérise, une mélancolie d'involution, il en tire des raisons de circonspection et non de probabilité. En 1921, il maintenait ses vues.

Si Ragnar Vogt conclut (1910) à une hérédité mendélienne du type récessif, la majorité des auteurs attachés à une interprétation mendélienne croit plutôt, avec Medow et Lenz, à l'existence d'un mode dominant. Hoffmann (1920) conteste ce caractère en se fondant sur la gamme des formes dégradées des manifestations maniaques dépressives et la fréquence des traits psychopathiques de cet ordre dans les familles des circulaires généralement négligées jusqu'alors dans l'établissement des statistiques. Il croit aussi à la possibilité de som-

mation d'aptitudes morbides se produisant à l'occasion de certaines unions (« *homomérie* » selon Plate). Ces possibilités, décrites pour la première fois par Nillson Ehle et que l'on constate dans le règne animal et végétal, nous paraissent bien mieux cadrer avec l'expérience clinique que l'hypothèse à laquelle il s'abandonne. Il suppose deux hormones, l'une euphoristique, l'autre dépressive, dont la rupture d'équilibre pourrait entraîner des altérations graves de l'humeur.

Hoffmann (1921), dans son mémoire sur la « descendance des psychoses endogènes », étudie les 124 enfants issus de 61 malades atteints de psychose maniaque dépressive. Il utilise la conception biologique de la cyclothymie que venait de publier Kretschmer et recherche, par conséquent, à la fois les psychoses circulaires, les tempéraments cycloïdes, les hyperthymies et aussi ces « humoristes tranquilles » dont Kretschmer peint, d'heureuse manière, l'agrément et la sociabilité. Le groupement cyclothymique ainsi constitué s'élève à 60,5 0/0. Si l'on ne compte que les psychoses maniaques dépressives et les tempéraments cycloïdes, le total n'est plus que de 47,5 0/0 et si l'on ne garde que les psychoses circulaires, 31,4 0/0. Ce dernier chiffre est encore trop élevé pour témoigner d'un caractère récessif de l'hérédité lequel, en ces cas, ne pourrait dépasser 25 0/0. Mais s'il s'agissait d'un caractère dominant, il devrait être la règle, alors que, dans ces familles étudiées, sur trois ou quatre générations, on ne trouve l'hérédité directe que dans sept familles sur 61.

De l'étude d'un second groupe constitué de 35 cas, Hoffmann tire les conclusions suivantes :

Si les deux parents souffraient de psychose maniaque dépressive, les enfants sont frappés dans 42,8 0/0 des cas et les autres présentent tous des dispositions cyclothymiques accentuées.

Les couples constitués d'un maniaque dépressif et d'un hypomaniaque donnent naissance à 41,6 0/0 de psychoses maniaques dépressives et à 50,8 0/0 de tempéraments cyclothymiques accusés.

Si l'un des parents est maniaque dépressif et l'autre légèrement hypomaniaque, les enfants sont maniaques dépressifs dans 12,5 0/0 des cas, cyclothymiques pathologiques dans 31,2 et cyclothymiques normaux pour les trois quarts du reste.

En résumé, les enfants issus d'un maniaque dépressif et d'un cyclothymique sont maniaques dépressifs dans 28,5 0/0 des cas et, si l'on ajoute aux maniaques dépressifs, les cyclothymiques pathologiques, le total monte à 54,6 0/0. Les tempéraments cyclothymiques se retrouvent dans 62,8 0/0 et, dans ce groupe, 37,2 0/0 seraient normaux.

Mais Lange, remontant aux sources, fait remarquer que 50 0/0 des sujets étudiés par Hoffmann, ne sont tombés malades qu'après 50 ans, un assez grand nombre n'a été touché qu'au-delà de 60 ans et il y en a même qui ne furent atteints qu'après 70 ans. Lange en tire argument en faveur de l'intervention de facteurs externes. Mais, par surcroît, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner qu'une démonstration de cette importance, au point de vue de la psychose maniaque dépressive, s'appuie sur un groupe de cas dont une telle proportion n'apparut que si tardivement morbide.

Enfin, les pourcentages tirés particulièrement de l'étude du second groupe expriment les résultats d'observations trop peu nombreuses pour garder une valeur statistique réelle. Lange, considérant la divergence des résultats obtenus par les divers chercheurs dans l'évaluation de l'état psychopathique d'enfants issus des mêmes types d'unions (MD × MD, MD × Cyclothymiques, etc...) se demande s'il est bien légitime d'appliquer à la psychose maniaque-dépressive les modes de calculs mendéliens. Il cite en particulier les cinquante enfants de 16 coupes maniaques-dépressifs étudiés par Kahn et parmi lesquels on ne trouve que 10 maniaques-dépressifs. La proportion est trop faible, même si l'on admet une polymérie dominante et Kahn lui-même n'est pas bien sûr que les psychoses des parents fussent vraiment de nature maniaque dépressive.

Auguste Wimmer (1922) a étudié, au point de vue de l'hérédité maniaque-dépressive, les 1.183 enfants de 224 familles. Les 236 malades représentent ainsi un pourcentage brut de 25 0/0, mais si l'on applique la méthode de calcul de Weinberg, on obtient 32,9 0/0. Ce chiffre est sensiblement le même pour les deux sexes. Si, dans ces 224 familles, on fait le compte des syndromes psychiatriques survenus chez les grands-parents, parents, oncles et tantes, frères et sœurs, on trouve un total de 401 cas dont 320 de psychoses maniaques dépressives. De cette très importante enquête, portant uniquement sur des observations personnelles, l'auteur tire la con-

clusion que voici : « Nous pouvons dire, avec un degré considérable de vraisemblance, que la psychose maniaque dépressive est une affection mentale héréditaire de façon nettement homologue et directe, dont la formule d'hérédité est prédominante d'une façon complexe et qui, pratiquement parlant, dans les familles qu'elle frappe, exclut la démence précoce ».

Rüdin (1923), recherchant l'ascendance chez 650 maniaques dépressifs, constate que les 3/4 des parents considérés comme normaux n'ont d'enfants maniaques dépressifs que dans la proportion de 1/13, 1/14 seulement, tandis qu'on trouve 24,6 0/0 de psychoses maniaques dépressives chez les enfants issus de couples dont l'un des parents souffrait de la même affection.

Elargissant son enquête Rüdin recherche enfin la psychose maniaque dépressive chez 500 frères et sœurs de malades dont les parents n'avaient pas présenté de psychose maniaque dépressive et il trouve 7,43 0/0. Au contraire, dans 84 séries de frères et sœurs de maniaques dépressifs ayant un parent maniaque dépressif lui-même, il trouve 23,82 0/0. Dans 59 autres séries de frères et sœurs maniaques dépressifs dont l'hérédité de même ordre n'était pas directe, mais seulement indirecte (atavique ou collatérale), le pourcentage s'élève à 14,94. L'ensemble de ces constatations, confirme Rüdin dans l'opinion qu'il avait émise dès 1911. Il considère que l'hérédité de la psychose maniaque-dépressive se fait selon un mode dominant sensiblement conforme à la formule donnée par Weinberg. Il s'agirait d'une trimérie constituée de trois couples factoriels, dont deux récessifs et un dominant.

Luxenburger, dans une série d'importants travaux publiés surtout à partir de 1930, s'est attaché à démontrer la valeur et l'importance de l'hérédité dans le domaine cyclothymique. Sur un groupe de 162 enfants issus de parents maniaques dépressifs, il montre que :

si les deux parents étaient maniaques-dépressifs, les enfants sont frappés de psychose maniaque-dépressive, dans la proportion de 30 0/0, mais l'on est surpris de voir que, si l'un des parents étant maniaque-dépressif, l'autre est cyclothymique, la proportion s'élève encore à 25 0/0.

Bien plus, si l'un des parents est maniaque-dépressif, l'autre n'étant pas cyclothymique, cette proportion monte à 31, 4 0/0,

se décomposant en 16,1 maniaques-dépressifs et 15,3 0/0 suspects de psychose maniaque-dépressive.

Soit, au total, pour ceux dont un seul parent était maniaque-dépressif, sans tenir compte de l'état de l'autre, 30,2 0/0 maniaques-dépressifs.

La différence est sensible, surtout au cas où les deux parents sont maniaques-dépressifs. Ils engendreraient en plus des psychoses maniaques-dépressives confirmées, 50 0/0 de sujets atteints de troubles graves de l'humeur, soit hypomaniaques, soit dépressifs.

Tandis que, pour le second groupe, on ne trouve que 17,3 0/0 de cette même catégorie.

En résumé, dans le premier cas, il y aurait 80 0/0 d'enfants indésirables au point de vue eugénique, dans le second cas, 47,5 0/0.

De ses recherches sur 2.473 cas groupant l'ensemble des divers modes de parenté cyclothymique, il établit que :

Chez les parents, la psychose maniaque dépressive se manifeste dans la proportion de 0,082.

Chez les oncles et tantes : 0,043.

Chez les enfants : 0,323.

Chez les frères et sœurs : 0,135.

Chez les neveux et nièces : 0,034.

Chez les cousins et cousines : 0,025.

Pour la moyenne de la population calculée sur 362 sujets, ce chiffre n'est plus que de 0,004.

Bien que les évaluations des pourcentages tirés de l'étude statistique de ces mêmes groupes maniaques dépressifs et cyclothymiques soient soumises à des variations, légères d'ailleurs, mais inexpliquées, selon la date des publications, ces chiffres attestent la haute fréquence d'une atteinte homologue chez les descendants de maniaques-dépressifs.

Selon Luxenburger, si les enfants des schizophènes sont menacés dans une proportion dix fois plus élevée que la moyenne des enfants, les enfants des maniaques dépressifs sont atteints dans une proportion 60 fois plus forte. La diversité et l'intensité variables des syndromes maniaques-dépressifs ou cyclothymiques, observées au cours des recherches généalogiques, a suscité d'intéressantes hypothèses que l'on ne peut que signaler ici. La manie et la mélancolie exprimeraient-elles des éléments héréditaires différents, ainsi qu'a

pu le faire penser l'observation de Reiss rapportée plus haut, et les psychoses circulaires représenteraient-elles précisément une combinaison des deux processus, ainsi que le voudrait Kleist ? La conception kraepelinienne, trop extensive à notre sens, devra-t-elle, dans un but de clarté clinique et de meilleure interprétation génétique, faire place aux « *psychoses de dégénération cycloïdes* » ?

Il serait séduisant de considérer, avec Kretschmer, et surtout avec Kahn, que des combinaisons de facteurs héréditaires, principalement schizophréniques et cyclothymiques, puissent, selon l'intensité de leur pénétration et la complexité de leurs apports, fournir une interprétation satisfaisante des états mixtes, des psychoses atypiques et, en particulier, de la schizomanie (Claude et Lévi-Valensi, 1931) ainsi que des mélancolies d'involution. Dans ce débat, bien des arguments ont été proposés auxquels on ne saurait prêter trop d'attention (Kretschmer, Kahn, Kant, Kehrer, Bumke, Binswanger, Kolle), mais on voit aussi Davenport s'efforcer d'expliquer les tempéraments par toutes les possibilités de combinaison d'un facteur d'excitation et d'un facteur émotionnel, tous deux héréditaires et non moins hypothétiques.

IV. LES AFFECTIONS CIRCULAIRES CHEZ LES JUMEAUX UNIVITELLINS

Francis Galton, dès 1883, avait signalé le haut intérêt de l'étude des jumeaux univitellins. Elle pouvait, pensait-il, être d'un grand secours pour différencier « l'effet des tendances innées de celui des dispositions contractées au cours de la vie ». Les jumeaux univitellins sont, en effet, les seuls à réaliser cette condition privilégiée pour l'observateur, de présenter exactement des données héréditaires identiques. Il est permis de penser qu'à leur naissance, ils sont susceptibles de réagir de même manière aux mêmes conditions extérieures.

Benjamin Rush (1812) fut vraisemblablement le premier à décrire, chez deux jumeaux d'une extrême ressemblance, une évolution du type maniaque-dépressif. Il s'agit de deux anciens officiers de la Révolution américaine qui, d'abord d'un heureux naturel, manifestèrent en même temps, et bien

qu'ils fussent éloignés l'un de l'autre, une altération profonde de l'humeur. Au début, ils parurent emportés, désordonnés, tombèrent dans un état de dépression apparemment mélancolique, et se suicidèrent à deux ans d'intervalle. Leur mère et deux sœurs souffraient d'états dépressifs.

Le nombre des observations de jumeaux univitellins ayant présenté tous deux des accès maniaques ou mélancoliques n'a guère dépassé la centaine. Rappelons, parmi les plus caractéristiques, l'histoire des deux sœurs (rapportée par Flintoff Mickle, 1884), d'une ressemblance telle qu'on pouvait les confondre. L'une d'elles, à partir de 17 ans et jusqu'à sa mort, fit une série d'accès maniaques et mélancoliques séparés par de larges intervalles normaux. L'autre fit, en même temps que sa sœur, un état dépressif initial, récidiva à 41 ans à l'occasion d'un deuil et jamais ne manifesta d'accès maniaque. Châtelain-Saint-Blaise (1884) observa deux jumelles qui tombèrent dans un état dépressif à la mort du mari de l'une d'elles, guérirent en même temps et récidivèrent de manière identique à la mort du mari de la seconde. Lange (1928) joint à 4 observations personnelles une étude critique de la plupart des cas rapportés jusqu'à lui et commente en particulier ceux de Schultes (1913), de Leroy et Schützenberger (1924) et de Gordon (1925).

Isabelle Bradney (1930) put observer, pendant 12 ans, deux jumelles univitellines présentant le même type de psychose maniaque dépressive. Chacune d'elles épouse un veuf, l'une à 31 ans, l'autre à 29 ans et toutes deux restent sans enfants. La première commence à 37 ans une série de six accès maniaques nécessitant l'hospitalisation et, de plus, manifeste à la maison plusieurs états dépressifs légers. La seconde commence à 32 ans par un état dépressif, puis il faut l'interner 10 fois, dont 8 en état maniaque. Dans les deux cas, il s'agit d'états dépressifs peu profonds, sans idées de suicide ou d'accès maniaques identiques se terminant par un état catatonique, suivi d'une période parfaitement normale. Il advint que, par deux fois, elles furent hospitalisées ensemble dans la même salle et leur ressemblance était telle qu'on ne pouvait les distinguer l'une de l'autre.

Luxenburger, en 1930, puis en 1933, tenta la première grande étude statistique sur l'hérédité des jumeaux univitellins cyclothymiques. Cet auteur entend, par cyclothymie, non pas un groupe clinique au sens de Kahlbaum, mais une

constitution biologique au sens de Kretschmer. Sur un ensemble d'environ 25.000 malades, il releva 330 couples de jumeaux dont l'un au moins, du fait d'une affection mentale, avait dû être hospitalisé. L'enquête porta sur la destinée de chacun des jumeaux. Il put ainsi distinguer uni- et bivitellins, et la concordance ou la discordance de l'état mental de chacun des éléments du couple de jumeaux. Les jumeaux univitellins représenteraient environ 25 0/0 du total général et, théoriquement, devraient toujours présenter des caractères concordants. Du point de vue héréditaire, les jumeaux bivitellins ne se comportent pas différemment de leurs frères et sœurs.

Selon Luxenburger, les jumeaux univitellins présenteraient, dans 91 0/0 des cas environ, des syndromes concordants, c'est-à-dire appartenant au domaine cyclothymique tel qu'il l'entend. Les jumeaux bivitellins ne concorderaient que dans 40 0/0 des cas, 60 0/0 étant discordants, autrement dit, sont atteints d'un syndrome mental tout différent ou bien demeurent normaux tout au long de leur vie. Ces données ne peuvent guère être comparées qu'aux résultats de l'enquête publiée en 1935 par Rosanoff et ses collaborateurs. Sur 1.014 couples de jumeaux ayant présenté des troubles mentaux, 90 étaient atteints de syndromes maniaques-dépressifs. Et parmi ceux-ci, 23 étaient univitellins. Ils sont touchés dans la proportion de 69,6 0/0, alors que les jumeaux bivitellins ne sont atteints que dans 16,4 0/0 des cas. Bien que Rosanoff admette que ces résultats plaident dans le même sens que ceux de la statistique de Luxenburger, il ne laisse pas d'en faire une critique judicieuse. Sur les 59 cas utilisés par Luxenburger, il n'en trouve que 17 ayant une valeur statistique. Il fait remarquer que, dans 1/6° des cas, on ne sait si les jumeaux étaient uni- ou bivitellins et, du point de vue des proportions relatives entre uni- et bivitellins, il estime que les observations éparses dans la littérature et celles recueillies par questionnaire faussent la vérité au profit du nombre des univitellins et des cas où les deux jumeaux sont atteints.

La lecture attentive de ces travaux permet de saisir quelques-unes des raisons qui, en dehors des variations possibles des données héréditaires et des facteurs acquis, conduisent à des différences aussi sensibles entre ces deux produits statistiques.

Dans son article de 1933, Luxenburger a pris soin de donner le détail des observations de trois couples de jumelles

univitellines qu'il considère comme typiques. Aussi ai-je cru utile de leur donner, à titre d'exemple d'une méthode en pleine force, un développement suffisant pour que chacun puisse en juger.

Le premier couple (non personnel à l'auteur) aurait présenté une concordance tellement poussée qu'on pourrait parler de psychose gémellaire idéale. Les deux sujets se ressemblaient tellement qu'on ne put les distinguer que lorsque la première fit un goitre important. Toutes deux souffraient d'asthme, d'artériosclérose, de myocardite et de néphrite chronique. Issues d'une lignée nettement cyclothymique, elles présentèrent, l'une à 15 ans, l'autre à partir de l'âge moyen de la vie, des accès tantôt maniaques, tantôt dépressifs pour l'une, surtout dépressifs pour l'autre, exprimèrent les mêmes thèmes délirants et moururent, l'une à 68 ans, de sclérose rénale, l'autre à 73 ans, d'artériosclérose cérébrale.

Le second couple de jumelles est un exemple de discordance. Issues d'une lignée maternelle considérée comme cyclothymique, se ressemblant à s'y méprendre, il fallut, là aussi, l'apparition d'un goitre chez la première pour qu'on pût les différencier aisément. La première, de caractère calme, sérieux, peu expansif, se maria à 21 ans, eut trois enfants coup sur coup, plus tard un quatrième. Les grossesses et les accouchements furent normaux. A partir de 31 ans, se manifeste une altération profonde du caractère : elle devient irritable, impérieuse, méfiante, ne supporte plus aucune contradiction, se rend insupportable et elle aurait commis plusieurs tentatives de suicide. A 38 ans, elle paraît en proie à un état d'anxiété hypocondriaque et déjà le goitre, dont l'observation ne dit pas le moment d'apparition, est gros comme deux poings. Jusqu'à 65 ans, on trouve le témoignage de troubles graves du caractère plutôt que de l'humeur, faisant suite à un état de dépression hypocondriaque. Puis s'installe une démence artérioscléreuse. Elle meurt à 72 ans. Ce cas est qualifié de : psychose maniaque dépressive (mélancolie périodique). Des trois enfants de cette femme : l'un est bien portant, l'autre présente une psychose maniaque de teinte paranoïde et la fille est internée pour schizophrénie. La seconde jumelle est sociable, demeure toute sa vie avec sa famille et meurt à 64 ans.

Le troisième couple est qualifié de : *concordant-discordant*. Il s'agit de jumelles qui ne furent aisément distinguées qu'à

l'apparition d'un goître volumineux apparu chez la seconde vers l'âge de 17 ans. A 57 ans on constate en effet chez elle un gros adénome du lobe droit, tandis que la première présente une augmentation de volume généralisée du corps thyroïde. La première fait, à partir de 18 ans, 37 accès de dépression ou d'excitation de type hypomaniaque. La seconde jumelle est atteinte au cours de l'enfance de plusieurs maladies infectieuses de forme grave (scarlatine, rougeole, diphtérie, angines). A 15 ans, on attribue à la chlorose les malaises physiques imprécis qu'elle éprouve. A 16 ans, commence l'alternance de périodes d'excitation et d'état dépressif qu'elle éprouve. On remarque l'augmentation de volume du corps thyroïde. A partir de 17 ans, alternance rapide d'états maniaques et mélancoliques. A 19 ans, s'affirme une altération du caractère, avec jalousie, colères, même au cours des périodes dépressives. Affectivité émoussée, érotisme. Elle passe par des phases de perplexité, d'anxiété, et paraît hallucinée. Après une accalmie relativement courte, le syndrome hallucinatoire repararaît et ne cesse plus. Elle devient impulsive, émet des idées délirantes d'indignité. Elle est internée à plusieurs reprises, et désormais la lecture du détail de l'observation ne permet pas de penser qu'elle ait vécu des périodes vraiment normales. A partir de 40 ans, on observe une régression remarquable des facultés éthiques et intellectuelles, avec persistance du syndrome hallucinatoire, sentiments d'étrangeté et idées de transformation corporelle. Peu à peu elle s'apaise si bien que Luxenburger la visitant lorsqu'elle était âgée de 57 ans lui trouva l'aspect d'une vieille femme débile et bienveillante.

Cet auteur pense que dans ce cas on a affaire à des jumelles univitellines souffrant d'une même psychose héréditaire qui se manifesterait d'une manière complètement différente pour chacune d'elles.

Leur sont communs le début précoce, le manque d'intervalles complètement normaux et la fréquence de l'excitation anxieuse. Le caractère très atypique de l'évolution chez la seconde jumelle en particulier, le syndrome hallucinatoire se poursuivant pendant plusieurs lustres, ont suscité chez l'auteur quelque perplexité diagnostique. Il finit cependant par considérer qu'à ce point de vue le cas de ce troisième couple de jumelles est absolument clair. Il fut d'abord tenté d'invoquer pour la seconde jumelle une composante schizophrénique venue de la lignée paternelle (père bien doué, très person-

nel, facilement irritable ; tante paternelle buvait, passait pour originale, ne travaillait pas. Un cousin, fils d'une autre tante paternelle est interné pour schizophrénie et une affection cérébrale organique. Une arrière-grand'tante paternelle fut malade de l'esprit, sans plus de détails). Il soumit à Wilmanns son embarras. Celui-ci lui déclara tenir ces jumelles pour maniaques-dépressives, la première étant classique, la seconde atypique. Il lui fit remarquer que bien des affections comme la paralysie générale, l'encéphalite léthargique, les psychoses toxiques ou infectieuses peuvent revêtir une apparence schizophrénique. Il en serait de même dans les manies ou les mélancolies de longue durée. Ainsi Luxemburger vient à penser qu'il faudrait modifier l'opinion la plus généralement adoptée au sujet des états hallucinatoires dans la psychose maniaque-dépressive. Pour expliquer dans ces cas la rareté relative des hallucinations auditives prolongées, il suppose, d'un point de vue génétique, qu'elles manifestent l'activité d'éléments de pénétration relativement faible.

Aussi mal assurée que soit encore la clinique pour décider si certains syndromes appartiennent ou non à la psychose maniaque-dépressive, on ne peut se rendre aisément à ces considérations théoriques que ne légitime actuellement aucune donnée d'expérience. Outre ces trois couples de jumeaux univitellins, considérés comme typiques par Luxenburger, l'auteur signale pour l'ensemble de ses observations une grande variété de formes de passage. Elle exprime, à son sens, la diversité, dans leur nombre et dans leur puissance de pénétration, de facteurs héréditaires appartenant à une même unité biologique, la cyclothymie.

Cette conception uniciste de la psychose maniaque-dépressive née de la clinique, étayée par les recherches sur l'hérédité, trouve ici un nouvel appui. Les jumeaux univitellins atteints de syndromes maniaques ou dépressifs ou mixtes peuvent présenter les mêmes alternances d'excitation ou de dépression. Mais on n'a jamais décrit jusqu'ici des manifestations de type exclusivement maniaque chez l'un des jumeaux, de type exclusivement mélancolique chez l'autre, faisant uniquement des états dépressifs.

On ne connaît pas non plus d'observations démontrant la possibilité d'une dissimilarité qualitative (l'un des jumeaux maniaque-dépressif, l'autre débile mental, ou épileptique, ou schizophrène).

Que l'on suive Luxenburger ou Rosanoff, la même question demeure. Etant donné que les jumeaux univitellins peuvent être considérés comme deux exemplaires d'un même individu, comment expliquer que, dans 30 0/0 des cas, pour l'un des auteurs dans 10 0/0 pour l'autre, l'un des deux jumeaux paraisse échapper à l'évolution morbide dont l'autre serait héréditairement frappé ? Alors que, dans tous les autres cas, on est fondé à supposer que la psychose maniaque-dépressive, le plus souvent héréditaire, peut, dans une certaine proportion, être déterminée ou déclanchée par des facteurs acquis les plus divers (traumatisme, infections, intoxications, causes psychogènes) dans le cas des jumeaux univitellins, on ne peut que supposer, chez le jumeau indemne, une latence des dispositions héréditaires pour lesquelles ne se sont pas réalisées les conjonctures susceptibles d'en développer les manifestations cliniques. On peut observer, par exemple (Luxenburger, cas type N° 2), que la jumelle malade est précisément celle qui s'est mariée, eut plusieurs grossesses en peu de temps et fut atteinte de goître. La jumelle saine, au contraire, ne courut aucun de ces risques de morbidité. Rosanoff et ses collaborateurs rapportent trois observations du même ordre.

La fréquence relativement élevée des syndromes maniaques dépressifs chez les jumeaux bivitellins (16,4 0/0) souligne encore l'importance des facteurs acquis. Du point de vue génétique, en effet, les jumeaux bivitellins n'ont rien qui les distingue de leurs frères et sœurs. Cependant, les études statistiques de Pollock, Malzberg et Fuller ne retrouvent, sur 745 frères et sœurs de malades maniaques dépressifs, que 29 cas de maladies mentales, dont 11 psychoses maniaques dépressives, soit 1,5 0/0 du total. Il faut donc, pour expliquer que les jumeaux bivitellins soient atteints dans une proportion 10 fois plus élevée que les frères et sœurs de maniaques-dépressifs, invoquer les conditions particulières de leur vie intra-utérine, de leur naissance, où ils sont évidemment plus exposés à souffrir. Il est vrai que Luxenburger, sur 263 frères et sœurs malades atteints de psychose maniaque dépressive et âgés de plus de 30 ans, relève la psychose maniaque dépressive dans 6,5 0/0 des cas et il attribue un pourcentage de 6,1 aux sujets qu'il qualifie de suspects à cet égard. Et pourtant, Rosanoff et ses collaborateurs n'hésitent pas à classer, parmi les syndromes maniaques-dépressifs, ceux qui surviendraient dans la paralysie générale, l'hyperthyroïdie, les psychoses toxiques, infectieuses, chroniques, etc.

Ces divergences accusent une fois de plus l'insuffisance foncière de maints diagnostics cliniques variables selon les écoles et les nations, et sur lesquels pourtant on prétend fonder l'apparente rigueur des statistiques.

V. DE LA PRÉDOMINANCE DES ÉTATS CIRCULAIRES DANS LE SEXE FÉMININ

La très grande majorité des travaux importants, sauf celui de Wimmer, s'accorde à reconnaître au sexe féminin une plus grande fréquence de manifestations maniaques dépressives. Kræpelin l'évalue à 70 0/0, Rüdin trouve 100 hommes pour 196 femmes, Weinberg 100 hommes pour 160 femmes, Pollock (1931) 180 femmes contre 100 hommes. Lentz (1918) a cru qu'il pouvait s'agir d'une hérédité dominante liée au sexe, et Hoffmann (1919), joignant ses propres observations à celles d'Albrecht, Luther et Schuppes, s'attacha à démontrer que les fils circulaires tiennent principalement de leur mère leurs dispositions psychopathiques. Ces vues n'ont pas, jusqu'à maintenant, gagné un grand crédit. Le jeu des hypothèses et des calculs les plus favorables ne permet pas de comparaison avec ce qui a pu être établi pour d'autres affections, par exemple la brachydactylie pour un gène dominant, le daltonisme et l'hémophilie pour un gène récessif où le mode mendélien est rigoureusement démontré. Rüdin fait, à ce propos, une critique judicieuse et revient à l'explication déjà fournie par Kraepelin qu'avait frappé l'importance de la puberté, de la naissance du premier enfant et de la ménopause dans l'éclosion des syndromes maniaques-dépressifs chez la femme. Lange rappelle l'observation des deux jumelles publiée par Schweighoffer, dont l'une resta célibataire, ne fut jamais enceinte, et ne présenta jamais aucun accident psychopathique jusqu'à l'âge de 80 ans, tandis que l'autre inaugura une mélancolie périodique lors de son premier accouchement. Cependant, ces causes physiologiques sont loin d'avoir, dans tous les cas, le même effet et nombre d'accès de type maniaque dépressif ne se sont manifestés qu'à l'occasion d'une seule de leurs couches. Il est donc légitime de rechercher si, en dehors des facteurs héréditaires, peuvent intervenir d'autres causes, acquises cette fois, d'ordre physique ou psychique.

VI. DE L'IMPORTANCE DES FACTEURS ACQUIS

En dehors des périodes critiques de la vie génitale féminine, tous les cliniciens ont sans doute eu l'occasion d'observer des cas où l'on voyait des accès maniaques ou mélancoliques se déclancher pour la première fois à l'occasion d'un état infectieux aigu. C'est ainsi que, sur 28 cas de troubles mentaux graves, pour la plupart confusionnels, liés à l'infection puerpérale, j'ai pu, avec S. Caron et L. Larue (Québec), observer trois accès maniaques typiques et, dans deux cas, l'hérédité directe put être démontrée. Tout récemment, à Beaujon, nous vîmes un syndrome maniaque typique se développer à la suite d'une minime rétention placentaire. On observe fréquemment des faits de même ordre au début de grandes infections comme la pneumonie, la typhoïde, la grippe, etc...

Chez une femme ayant déjà présenté des accès à 23 et à 28 ans, Berger vit un troisième accès apparaître à 29 ans à l'occasion d'une anesthésie pour un ongle incarné. Lange observa le développement d'un accès mélancolique se développer à la suite d'une brusque résorption d'œdèmes cardiaques.

Des lésions encéphaliques de tout ordre, comme les commotions, les syndromes vasculaires cérébraux, les tumeurs cérébrales et les kystes arachnoïdiens sont susceptibles de déclancher des accès maniaques ou dépressifs.

On peut aussi les voir apparaître au cours de l'évolution de troubles de la nutrition, et l'on sait la coïncidence fréquente des manifestations de la diathèse arthritique, de l'habitus pyknique et du tempérament cyclothymique. Les cliniciens ont, depuis longtemps, noté la curieuse alternance entre la goutte et les syndromes circulaires.

Les affections des glandes endocrines, et particulièrement les goîtres, se sont vus attribuer une valeur étiologique qui nous paraît un peu surestimée. Lange compte, parmi ses circulaires, 12 0/0 de goîtreux, ce qui, pour la région parisienne en tout cas, constituerait un chiffre inhabituel. Il est vrai que la population d'où sont venus ces malades serait elle-même atteinte de goîtres dans une proportion à peu près aussi élevée. D'une manière générale, il est sans doute plus prudent d'apprécier les troubles endocriniens et les syndro-

mes maniaques-dépressifs comme des manifestations cliniques secondaires à une cause commune encore indéterminée, plutôt que de vouloir établir entre elles un rapport de causalité.

Les émotions, soit violentes, soit dépressives et prolongées peuvent être légitimement acceptées parmi les causes déclanchentes. Depuis les travaux de Cannon, on sait l'importance des perturbations endocriniennes, humorales et végétatives liées aux chocs émotionnels.

Les observations déjà nombreuses de jumeaux univitellins, dont les réactions morbides de type maniaque-dépressif atteignent uniquement celui des deux dont la vie a précisément connu le maximum d'épreuves, physiques ou psychiques, soulignent encore l'importance des facteurs acquis.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre avec Stransky que les virtualités morbides héréditaires sont susceptibles de demeurer latentes tout au long de la vie, à moins que ne survienne quelque événement toxique, traumatique ou infectieux qui les révèle sous des aspects cliniques bien définis.

VI. LES SYNDROMES DÉMENTIELS PRÉCOCES OU SCHIZOPHRÉNIQUES DANS LES FAMILLES DE CIRCULAIRES

Les faits cliniques de cet ordre sont incontestables. Boven a bien marqué, en 1921, qu'on ne peut affirmer un exclusivisme absolu entre les deux catégories de syndromes. J. Rouart, dans « Psychoses maniaques dépressives et folies discordantes » (1935), montre la valeur, à cet égard, des observations de Legrain, de Trenel, de Picard et Ey et de Tinel.

Ce dernier (1934) rapporte trois histoires familiales où un syndrome démentiel précoce coexiste avec une majorité de syndromes maniaques-dépressifs, de même génération. Dans deux familles sur trois, l'hérédité maniaque-dépressive fut relevée.

Faut-il songer, avec Tinel, à une communauté d'origine, la démence précoce exprimant une forme plus destructive du

processus toxique qui lui paraît être en cause dans la psychose périodique ? Ou bien faut-il interpréter le cas de démence hébéphréno-catatonique observé par Picard et Ey à la cinquième génération d'une lignée ayant fourni constamment des aliénés, dont plusieurs maniaques, dans le sens d'un apport héréditaire différent, analogue à ces combinaisons « zweierbig » où l'union de *gènes* maniaques-dépressifs et schizophréniques, s'inhibant, se renforçant ou s'intriquant les uns et les autres, permettrait de comprendre toute la variété des syndromes atypiques aussi bien que les coexistences familiales des deux affections.

Peut-être convient-il d'envisager, ici encore, l'influence d'un facteur toxique éventuel susceptible de déclancher la manifestation de facteurs héréditaires latents, ou seulement appréciables grâce à certains traits de caractère plus fréquemment décelables chez les personnalités « prépsychotiques ».

Ce sont des problèmes à peine posés dont il convient de souligner, sans pouvoir y insister davantage, l'intérêt et la complexité.

VII. RÉSULTATS ACQUIS CONCERNANT L'HÉRÉDITÉ DES ÉTATS CIRCULAIRES

Les états circulaires, tels que nous les avons définis, sont le plus souvent transmis selon un mode héréditaire, homologue, d'intensité et de type très variable parmi tous ceux que comporte la gamme des syndromes cliniques.

La preuve n'a pas été administrée qu'il s'agisse d'un caractère récessif, comme l'ont pensé quelques auteurs, ou d'un caractère dominant, comme l'ont prétendu beaucoup d'autres.

Jusqu'à présent, les faits ne paraissent pas obéir aux lois de l'hérédité mendélienne, auxquelles ont satisfait, en clinique humaine, un petit nombre de syndromes physiques. Il est possible que les états circulaires expriment cliniquement le jeu d'un certain nombre de facteurs héréditaires, d'une *polymérie.* Cette hypothèse n'a reçu encore aucun commencement de preuve et la *trimérie* invoquée par Rüdin ne représente qu'une tentative de conciliation entre une collection

d'observations d'homogénéité imparfaite et l'une des possibilités de formules complexes, mathématiquement conformes aux calculs mendéliens. Il en est de même de l'hypothèse d'un facteur dominant siégeant dans le chromosome X, grâce auquel s'expliquerait la prédominance des états circulaires dans le sexe féminin.

Dans un certain nombre de cas, il semble bien que s'opère, chez l'enfant, une sommation des traits héréditaires des parents maniaques-dépressifs ou cyclothymiques, et ceci ne serait qu'un cas particulier d'une loi biologique générale. Par ailleurs, il n'est pas illogique de penser qu'en d'autres cas, au lieu de sommations, se puissent réaliser des inhibitions qui rendraient compte de latences ou d'atténuations cliniques.

Si évidente que paraisse, dans la grande majorité des cas, l'influence de l'hérédité sous la forme que permet d'envisager l'expérience, convient-il, en matière d'hérédité humaine, de ne pas envisager, dans une proportion aussi minime que l'on voudra, la possibilité de *mutations*, c'est-à-dire de variations soudaines, spontanées, sporadiques, héréditaires, telles qu'il s'en présente dans les règnes animal et végétal ?

Et, dans ce cas, une part pourrait revenir à l'influence de ces facteurs acquis très divers qui, le plus généralement je crois, paraissent agir comme révélateurs de dispositions héréditaires latentes.

Les syndromes atypiques, et plus particulièrement la coexistence, chez un même individu, de dispositions de l'humeur, de traits de caractère, d'un type structural, d'un mode évolutif, que l'on tend à rapporter diversement, les uns aux états circulaires, les autres à la schizophrénie, posent le problème de combinaisons possibles entre des facteurs héréditaires de catégories différentes. L'hypothèse, au premier abord, est séduisante, mais elle présente aussi le risque de propager, sur le terrain génétique, encore plus obscur, la fantaisie dont a déjà tant souffert la nosographie clinique.

IX. EXAMEN CRITIQUE

Il est à craindre que la passion de comprendre et d'expliquer n'entraîne à une méconnaissance téméraire de la valeur de notre courte expérience. La psychiatrie est loin d'avoir dépassé le stade où s'impose, avant tout, le souci de bien observer et de déterminer exactement les variétés cliniques. Aussi longtemps que l'on pourra voir figurer, dans les plus importantes statistiques, des états d'excitation ou de dépression hâtivement qualifiés de manie ou de mélancolie, on s'exposera à bâtir sur le sable.

Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est précisément en pathologie humaine, et avant tout en pathologie mentale, qu'il convient d'apporter la plus grande prudence, la plus extrême réserve avant de pouvoir légitimement introduire, dans la complexité infinie des faits cliniques, une discrimination génétique fondée sur les principes et les proportions mendéliens.

Ainsi que le fait remarquer Caullery, « le propre du mendélisme est d'être basé sur la considération des lignées individuelles ». De plus, les admirables progrès de la génétique ont été acquis grâce à l'étude systématique de générations nombreuses, *issues de lignées pures,* obtenues au laboratoire dans des conditions scientifiques rigoureuses.

Rien n'est plus éloigné des conditions dans lesquelles on est contraint d'observer l'hérédité humaine : trois générations par siècle, issues de lignées (génétiquement) bâtardes, en des unions où l'égoïsme, les intérêts de l'individu ou du groupe, la complexité et les perversions passionnelles faussent ou dérivent le jeu des puissances instinctives.

Je n'insiste pas sur l'inconvénient, quant aux statistiques, d'une paternité moins assurée parfois qu'on ne le présume tout d'abord.

Au regard de l'homme, son propre rythme est trop lent. Tout au plus, peut-il prétendre, en des circonstances favorables, à une connaissance suffisante de la génération qui précède et de celle qui suit la sienne propre.

A l'étude de lignées humaines courtes et peu nombreuses, dont l'histoire est si facilement entachée de tout ce qui pèse sur le témoignage, on a voulu donner l'appui de travaux

statistiques d'une ampleur nouvelle qui, par le nombre même des contemporains sains ou psychopathes dont ils sont tirés, l'élaboration toujours meilleure des procédés mathématiques mis en œuvre, peuvent offrir l'illusion d'une appréhension plus exacte du fait humain.

Faut-il en espérer une réduction des erreurs possibles sous l'effet de la loi des grands nombres ou redouter, au contraire, de voir affecter l'incertitude d'un coefficient mathématique.

Les mêmes vocables — manie, mélancolie, etc. — autant d'unités statistiques internationales, matière à calculs, répondent-ils toujours aux exigences de la seule discipline actuellement utilisable, l'observation clinique ?

L'exploitation statistique d'une catégorie morbide donnée devrait impliquer, au préalable, une détermination aussi rigoureuse que possible du ou des syndromes cliniques qu'elle comporte.

Certains parlent uniquement de psychose maniaque dépressive et risquent fort de ne prêter attention qu'aux cas ayant nécessité une hospitalisation. Un plus grand nombre tend à considérer qu'à la psychose, il faut adjoindre la masse des états cyclothymiques pris dans une acception ou clinique, ou biologique. Et si l'on envisage la cyclothymie au sens clinique, nous parle-t-on de la forme princeps décrite par Kahlbaum où l'altération cyclique de l'humeur ne comporte jamais ni folie, ni démence, de la conception de Wilmanns qui en fait la forme la plus atténuée de la psychose maniaque dépressive, ou des accès légers naissant sur une constitution particulière, cyclothymique, décrite par Deny, puis par Pierre-Kahn ?

La plupart des grands travaux allemands, depuis 15 ans, adoptent le point de vue biologique de Kretschmer, pour qui le terme « cyclothyme » exprime les caractères généraux d'un tempérament constitutionnel le plus souvent associé à une structure physique bien définie (habitus pyknique).

La mélancolie d'involution peut être, selon les écoles, annexée ou mise à part. Farr et ses collaborateurs (Pennsylvania Hospital, 1930) ne relèvent, dans ces cas, que 60 0/0 d'hérédité directe par rapport au chiffre donné par les autres psychoses maniaques-dépressives.

Et quelle place fait-on aux syndromes d'apparence catatoniques, et, à ces cas où la discrimination est si malaisée entre psychoses maniaques dépressives et schizophrénies ?

Il peut arriver que l'auteur de statistiques l'ignore lui-même. Soit que, comme Luxenburger, il utilise souvent le « matériel » déjà ancien publié par Hoffmann, ou qu'il reçoive, pour établir ses chiffres, le diagnostic arrêté par vote du bureau médical, quatre semaines après l'entrée (C.-A. Bonner. Danver State Hosp., 1931).

De ce que, sur 8.000 cas de psychoses maniaques-dépressives hospitalisés dans l'Etat de New-York de 1909 à 1920, H. Pollock, en 1931, établisse que, parmi les 1.302 décès, 58,1 se produisirent dès le premier accès, devons-nous conclure à une gravité toute particulière de la psychose maniaque-dépressive dans cet Etat ?

Et l'on continue d'assembler sans méthode des faits disparates d'où, par de surprenants artifices, sont extraits des nombres à décimales qui risquent d'en imposer tant au lecteur confiant qu'aux pouvoirs publics.

C'est ainsi que le Comité d'Enquête sur la stérilisation eugénique, dans son rapport devant la Société neurologique américaine, n'a pas manqué de signaler le peu de valeur de l'importante statistique de Paskind (Chicago, 1930), qui fait intervenir jusqu'à la démence sénile des parents parmi les facteurs héréditaires de la psychose maniaque-dépressive (étude sur les 877 parents de 485 malades).

Que l'on se souvienne, avec Séglas et Collin (1909), des étonnantes variations de la courbe statistique de la démence précoce à Heidelberg de 1892 à 1907. Elle va de 5 0/0 en 1892 à 51 0/0 en 1901 pour retomber à 18 0/0 en 1907. Zendig (1909), sur 470 cas de démence précoce diagnostiqués à la Clinique de Münich, constate que 29,8 0/0 ont repris leur activité sociale. C'étaient, pour la plupart, pense-t-il, des cas de psychose maniaque-dépressive où des éléments catatoniques avaient pu donner le change.

On ne peut douter qu'il ne s'agisse surtout de variations diagnostiques auxquelles nos malades, comme nous-mêmes, demeurent sans doute exposés.

X. PRONOSTIC HÉRÉDITAIRE ET EUGÉNIQUE

Il ne semble pas que des considérations de cet ordre aient longuement retenu ceux qui, dans une intention eugénique, se sont efforcés de formuler les lois du pronostic héréditaire.

L'idéal, dit Rüdin, serait évidemment de pouvoir porter un pronostic *pur* ou *mendélien.*

Mais nous croyons avoir montré que les conditions nécessaires, en ce qui concerne les états circulaires, ne sont pas encore réalisées. En admettant même que l'on arrive à déterminer exactement la valeur des facteurs héréditaires ou *gènes* de l'un des conjoints, comment pourrait-on prévoir les virtualités apportées par l'autre, issu d'une lignée apparemment saine, et que ne trahissent aucun signe clinique, morphologique ou humoral.



Aussi, dans la nécessité où certains se sont crus d'évaluer quand même la morbidité probable, s'est-on résolu d'utiliser un *pronostic héréditaire empirique.* Luxenburger le définit ainsi :

« Le pronostic héréditaire empirique consiste dans le calcul des probabilités d'apparition d'un caractère héréditaire chez un individu. Ce pronostic se fait en déterminant la fréquence de ce caractère dans un matériel statistique de frères et sœurs, se trouvant dans un rapport identique de parenté avec celui des porteurs de ce même caractère héréditaire qui est le plus rapproché, génétiquement, du sujet à apprécier, et dont les parents possèdent la même constitution biologique. La connaissance d'une lignée héréditaire donnée n'est donc plus indispensable, le pronostic héréditaire est fondé sur des données expérimentales numériquement exprimables. Le pronostic héréditaire a une importance fondamentale pour l'eugénique, car il peut être porté en dehors de toute connaissance sur la transmission héréditaire d'une tare ou d'une aptitude particulières, et se fonde sur une expérience qui tient compte, à la fois de l'influence modificatrice des facteurs externes (quoique de manière implicite), et de l'importance corrélative la plus marquée au point de vue eugénique que possède le caractère considéré. »

Rüdin ne doute pas que les résultats du calcul empirique, exprimant à la fois les données héréditaires et l'action des facteurs acquis, ne finissent, grâce aux progrès de la classification clinique, par se rapprocher très sensiblement des proportions mendéliennes.

Luxenburger (1932) reprend, une fois de plus, les résultats des recherches de Hoffmann et formule les conclusions suivantes :

1° Les enfants de maniaques-dépressifs sont, dans 60,5 des cas, suspects au point de vue eugénique, la fréquence de psychoses maniaques-dépressives ou d'états cyclothymiques pathologiques s'élevant si l'autre parent est cyclothymique et atteignant le maximum (80 0/0), si les deux parents sont atteints de psychose maniaque-dépressive.

2° L'union d'un maniaque-dépressif avec un conjoint « non cyclothymique » ne permet pas, au point de vue eugénique, d'espérer une amélioration importante, puisqu'elle engendre encore 46 0/0 d' « indésirables ».

3° Par rapport à la morbidité moyenne de la population, les enfants de maniaques-dépressifs seraient atteints, dans une proportion 60 fois plus forte, les neveux et nièces 8 à 9 fois, les cousins et cousines 6 fois plus élevée. Ces données dérivent de l'étude d'un total de 2.473 cas groupant les recherches dues à Banse, Rüdin et l'auteur lui-même, sur des sujets âgés de 30 ans au moins.

Et voici la formule que Luxenburger a établi, pour servir à déterminer, avec une précision suffisante, la probabilité de morbidité chez les enfants de maniaques-dépressifs. (Luxenburger, Erbprognostik cycloth. Kreis. *Nervenartzt.* 1932, p. 513).

$$w^3 = v^3 q$$

$$q = v^3 \frac{n^1 v^2 w^1 + n^2 v^1 w^2}{(v^1 + v^2)(n^1 + n^2)}$$

n^1 = nombre des neveux et nièces au-dessus de 30 ans.

n^2 = nombre des cousins et cousines au-dessus de 30 ans.

v^1 = fréquence chez neveux et nièces au-dessus de 30 ans.

v^2 = fréquence chez cousins et cousines au-dessus de 30 ans.

v^3 = fréquence chez enfants au-dessus de 30 ans.

w^1 = probabilité morbide pour neveux et nièces.

w^2 = probabilité morbide pour cousins et cousines.

w^3 = probabilité morbide que l'on cherche à déterminer pour les enfants de maniaques-dépressifs.

Le quotient q repose sur l'hypothèse que le rapport entre les chiffres exprimant la fréquence d'une affection héréditaire et la probabilité morbide dans la population d'âge sensiblement identique est pratiquement constant.

En 1932, Luxenburger était encore sensible à l'argumentation de Bumke, qui contestait les rigueurs de la stérilisation eugénique éventuellement appliquée aux membres des familles des maniaques-dépressifs : « leurs parents, leurs frères et sœurs ne sont pas forcément malades, ce sont souvent des membres particulièrement agréables de la société humaine, actifs, généreux, cordiaux, aimables, parfois même géniaux. Si l'on veut faire disparaître la folie maniaque-dépressive, il nous faudrait aussi nous priver de tout le bien et le bon, de toute couleur et de toute chaleur, de beaucoup d'esprit et de vigueur. En définitive, il ne resterait plus qu'un couple de bureaucrates desséchés et des schizophrènes. Plutôt que de renoncer aux personnes saines, appartenant à ce type constitutionnel, je préfère prendre les malades par-dessus le marché ».

Et Luxenburger, utilisant une statistique portant sur 13.624 personnes, établie en compilant les recherches allemandes contemporaines sur la schizophrénie, l'épilepsie, la débilité mentale, l'hystérie, la « psychopathie », la paralysie générale, l'artério-sclérose cérébrale, la folie maniaque dépressive, sans oublier la moyenne de la population, relève, parmi tous ces sujets susceptibles d'exercer une profession, 1.502 personnes appartenant au « domaine héréditaire (*Erbkreis*) cyclothymique ». En un tableau plein d'intérêt, il montre que les familles de maniaques-dépressifs déploient une valeur et une efficacité supérieures à celle des autres groupes, et souvent sur un plan social plus élevé. C'est ainsi que les employés supérieurs comptent 4 fois plus, les négociants 2 fois plus, les « Akademiker » et les professions libérales 3 ou 4 fois plus de maniaques-dépressifs que la moyenne de la population.

Aussi, considérant « que l'avenir du peuple allemand dépend, avant tout, d'une augmentation des naissances dans les classes sociales cultivées, bien douées », faisait-il entrer en ligne de compte les qualités positives des cyclothymiques.

Il ne proposait que l'*extirpation* « du dégénéré, du sans valeur », c'est-à-dire la stérilisation des sujets atteints de psychose maniaque-dépressive indubitable, actuelle ou passée, et des jumeaux univitellins sains. Devaient être épargnés les enfants de maniaques-dépressifs sains ou encore indemnes, et ceci en raison de la possibilité d'une valeur eugénique positive, et les frères et sœurs de maniaques dépressifs qui ne manifestent pas de variations d'humeur du type cyclothymique. Tout suspects qu'ils soient, ils seraient autorisés à procréer, et particulièrement s'ils appartenaient à des familles hautement estimées.

L'enfant unique, maniaque dépressif, de bonne famille au point de vue eugénique, pourrait aussi procréer, mais, de préférence, en s'unissant à une famille saine.

Mais en 1934, Luxenburger s'exprime ainsi :

« Bien que la valeur d'ensemble, sociale et culturelle des familles maniaques-dépressives soit bien supérieure à celle des schizophrènes et même à la moyenne de la population, l'on doit pourtant écarter les maniaques-dépressifs des fonctions de reproduction. Nous n'avons pas à considérer si la transmission de précieuses qualités est, dans ce domaine héréditaire, plus souvent le fait des malades eux-mêmes, et nous nous en tiendrons à ceci : c'est aux membres sains de la famille de veiller à ce qu'il y a d'excellent dans la lignée, et à compenser les pertes éventuelles dues au traitement eugénique des malades. »

Et l'opinion de Rüdin (1934) peut être ainsi condensée : les sujets plus ou moins sains appartenant aux familles dont un ou plusieurs membres ont manifesté les atteintes d'une affection mentale héréditaire sont, de par leur bonne santé individuelle et leur longévité fréquente, bien plus dangereux que les malades eux-mêmes, dont la morbidité vient si souvent entraver ou supprimer la possibilité de s'unir et de se perpétuer. Déjà, la fécondité moyenne des maniaques dépressifs serait, selon Erik Essen Möller (Copenhague, 1935), très voisine de la moyenne générale. Cet auteur s'est livré, sous la direction de Rüdin, au Kaiser-Wilhelm-Institut, à une laborieuse étude statistique portant sur 5.000 malades et 1.200 sujets normaux.

Les malades se marieraient dans une proportion inférieure à la normale à laquelle ils se conformaient avant l'éclosion morbide.

Mais le début relativement tardif de la psychose et l'accroissement relatif de la mortalité chez ces sujets ne sauraient influencer, de manière sensible, leur fécondité par rapport à celle de l'ensemble de la population.

Et si l'on pratiquait leur stérilisation dès la première entrée à l'hôpital, on n'arriverait à supprimer que 1/10e (pour l'état de mariage) à 1/13e (hors mariage) de leur progéniture.

Il ne faut, sans doute, fonder que peu d'espérances sur cette « conscience eugénique » qui, selon Popenoe (1928), maintiendrait célibataires un certain nombre de femmes appartenant à des familles psychopathiques.

Quant aux conseils pour le choix d'un conjoint qu'a formulés Arthur Hübner (1934) et grâce auxquels les maniaques dépressifs devraient éviter de s'unir à des sujets instables ou anxieux, ou « faiseurs », ou utopistes hypomaniaques, on ne peut qu'y souscrire, sans leur reconnaître quelque vertu pratique. D'ailleurs, un certain nombre, parmi les exemples sur lesquels il fonde ses conclusions, paraissent, à la lecture, difficilement s'insérer dans le cadre, même le plus extensif, des affections circulaires.

Si l'on admet que toutes ces conclusions des plus fervents eugénistes sont bien établies et si, comparées à l'envahissement rapide des lignées cyclothymiques, on considère comme négligeables les possibilités d'atténuation, voire même de disparition des facteurs héréditaires de morbidité bien définie, sous l'effet de métissages, de mutations et de conditions de vie plus favorables, le destin naturel ne peut être conjuré que par la loi.

En toute logique, celle-ci ne peut être que rigoureuse.

A l'égal de l'oligophrénie, de l'épilepsie, de la chorée héréditaire, la psychose maniaque-dépressive, à quelque degré qu'elle apparaisse, doit entraîner la stérilisation. Il en est de même de la schizophrénie, ce qui rend inutile, au point de vue pratique, la discrimination si délicate et si disputée entre les frontières de ces deux grands domaines héréditaires.

La notion de l'« Erbschaden », du dommage héréditaire, domine toute autre considération et commande de ne rien négliger de ce qui peut sauvegarder la race. Et Rüdin insiste sur le péril majeur que constituent les formes légères, grosses de dangers possibles, lesquelles imposent, sans exception, une stérilisation précoce, tandis que les malades inter-

nés pourraient, de ce fait, y échapper sans grand risque. Aucun argument social ou culturel ne saurait tenir contre cette nécessité. La loi ne s'applique naturellement pas aux cycloïdes et cyclothymes dont l'humeur ne présente que des variations considérées comme normales. Mais il faut, dit Rüdin, dépister rigoureusement ces aspects cliniques de la psychose maniaque-dépressive, si souvent cachés sous des vocables de sens imprécis comme « troubles de l'humeur, dépression nerveuse », etc., les soumettre à un médecin spécialisé, et, en cas de doute, à l'appréciation et à la décision du tribunal eugénique.

Tout ceci, précise Rüdin, dans la mesure où le diagnostic est certain.

Et c'est là, à mon sens, toute la difficulté.

Les cliniciens ont si souvent éprouvé l'insécurité de leur opinion, la complexité des faits soumis à notre observation se dérobe trop fréquemment encore à l'analyse la plus objective, menée par les esprits les plus avertis, pour que nous nous inclinions aisément devant des propositions aussi fragiles.

Comment accepter de reconnaître en elles les étais essentiels à l'impressionnante et rigide armature montée pour des fins eugéniques ?

A notre sens, cette construction systématique, rigoureuse, est prématurée.

Morgan, à qui la génétique doit tant, n'a pas manqué de voir toutes les difficultés que suscite l'étude de l'hérédité humaine. On imagine, ajoute-t-il, combien l'homme, en prétendant diriger l'évolution de sa race, peut gravement errer.

Tant que les faits ne seront pas mieux définis, et que leur définition ne ralliera pas un assentiment universel, on peut redouter que tant de travaux n'aient été accomplis en vain.

Si les réalisations généreuses de la psychiatrie appliquée comportent déjà tant de préliminaires, d'essais, de mises au point, d'ingéniosité, de réflexion et de patience, que d'erreurs ne devons-nous pas craindre de l'essor téméraire d'une psychiatrie « dirigée ».

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. le Prof. G. Vermeylen (de Bruxelles). — Les remarquables rapports de MM. Boven et Brousseau constituent une mise au point précieuse des travaux allemands sur l'hérédité en psycho-pathologie et l'eugénique négative. Il n'y aurait que peu à ajouter dans le cadre spécial de la question qu'ils ont traitée. Mais si, débordant le domaine de la statistique et des constatations en masse, nous abordons celui de là clinique, la question permet bien des développements. Je me limiterai pourtant volontairement à ceux qu'apporte la psycho-pathologie infantile.

Il y a une notion qui domine entièrement ce domaine. C'est celle de la malléabilité organo-psychique de l'enfant. Cette malléabilité joue, pourrait-on dire, dans les deux sens.

Elle permet de constater des modifications d'ordre psychopathique chez les enfants, jusque-là normaux, qui acquièrent ainsi une véritable constitution nouvelle, modifiant profondément leur comportement. C'est ce qu'on peut constater dans les psychopathies qui succèdent chez l'enfant à des toxi-infections et à des traumatismes craniens. Le caractère fortement neurotrope de beaucoup de maladies fébriles banales de l'enfance a été constaté un peu partout et nous donne, peut-être, la clef de beaucoup d'états mentaux qui nous semblent apparemment sans substratum organique actuellement, mais qui ne constituent que la suite de toxi-infections neurotropes de la période infantile.

J'ai eu l'occasion d'insister également, lors d'un de nos précédents Congrès, sur ce qu'on pourrait appeler le « balancement organo-psychique ». Les grandes infections sociales, la syphilis et la tuberculose notamment, semblent parfois épargner, dans la lignée, les enfants atteints de psychopathies, alors que leurs collatéraux donnent la signature clinique et humorale du mal familial qui conditionne pourtant l'état des premiers. Ces collatéraux, spécifiquement malades, ne présentent pourtant aucune tare neuro-psychopathique. Tel cet enfant atteint d'épilepsie jacksonienne, qui ne présentait

aucun autre signe clinique et aucun signe humoral d'hérédo-syphilis, alors que ses deux frères, apparemment sains, avaient un liquide céphalo-rachidien nettement positif.

Ces conditions permettent de soupçonner la production, sur une bien plus grande échelle qu'on ne croit, de troubles neuro-psychopathiques indépendants de toute condition héréditaire, ou dans lesquels les toxi-infections ont dû jouer un rôle indispensable de facteurs de révélation.

En sens inverse, cette malléabilité organo-psychique de l'enfant permet de croire à l'importance considérable du milieu bio-social. Il peut aggraver fortement les tendances héréditaires, mais il peut aussi les améliorer. L'enfant de parents psychopathes ne reçoit pas seulement d'eux des tendances héréditaires, il se développe de plus dans un milieu psychopathique et il devient bien difficile, dès lors, de dire ce qui a le plus conditionné son état morbide.

Les auteurs américains ont pu montrer, chez des enfants transplantés d'un mauvais milieu parental dans un milieu sain et comparés aux enfants laissés chez leurs parents, l'influence considérable sur l'intelligence et le caractère de ce nouveau milieu.

On peut donc conclure que l'eugénique négative peut rendre des services non contestables, si elle est prudente et se limite à des cas d'espèce duement contrôlés. Mais il faut garder, pour l'ensemble, une préférence marquée pour l'eugénique positive, surtout dans le domaine de la prophylaxie des psychopathies infantiles, génératrices elles-mêmes des psychoses des adultes.

M. le Prof. Agr. Lévy-Valensi (de Paris). — Il résulte de l'expérience de chacun de nous, comme des remarquables rapports de M. Boven et de M. Brousseau, qu'il existe une parenté entre les états circulaires et schizophréniques. Il est possible que ce cousinage s'explique par les unions entre cyclothymes et schizothymes, et, en fait, nous constatons la fréquence très grande des états circulaires (cyclophrénie de type maniaque-dépressif d'Obrégia), dans les antécédents familiaux des schizophrènes, et, avec une fréquence moindre d'ailleurs, dans les antécédents de ces circulaires, les états schizophréniques.

D'autre part, le diagnostic de certains états maniaques ou mélancoliques des jeunes, qui évolueront un jour vers la

schizophrénie ou la démence précoce est souvent impossible, fait sur lequel M. le Pr Claude et moi-même avons insisté il y a quelque temps ; la connaissance des antécédents héréditaires ne permettra donc pas alors d'étayer un diagnostic qui conduit à un pronostic si différent selon les cas.

Je prends la liberté de vous rappeler à ce propos une observation qui n'est pas inédite, puisque j'en ai présenté la partie clinique à votre Congrès de Genève en 1926 (1), qui n'est pas récente, puisque le malade qui en est l'objet est mort en 1694, mais qui a le mérite de faire remonter les antécédents héréditaires jusqu'au xe siècle.

Ceux qui visiteront bientôt le château de Neuchâtel remarqueront, sur les murs de la Grande Salle, parmi les armes des maisons régnantes, les lis de France au lambel d'Orléans, barrées de bâtardise ; armes des Orléans-Longueville qui régnèrent sur Neuchâtel de 1515 à 1707. L'avant-dernier souverain de cette dynastie, Jean-Louis-Charles, schizophrène avec excitation de type maniaque, ainsi que nous l'avons démontré, est mort, en 1694, à l'Abbaye de St-Georges de Bosherville, près Rouen, où il était interné.

Voyons ses antécédents familiaux :

Sa mère, Anne-Geneviève de Bourbon, la blonde frondeuse, est une Condé, la sœur du grand Condé. Celui-ci, son médecin Bourdelot nous le raconte, fit une crise de dépression après son mariage avec Clémence de Maillé-Brézé, nièce de Richelieu (2). La descendance du Grand Condé ne nous retiendra pas, bien qu'elle fourmille en incidents maniaco-dépressifs pour aboutir, en 1830, au suicide du Duc de Bourbon, dernier des Condé, suicide anxieux (3).

En effet, par son mariage, le Grand Condé a associé à la tare des Bourbons celle des Richelieu.

Mais, reprenons les Bourbons à leur origine, que trouvons-nous ? Le chef de la Maison, Robert de Clermont, 6e fils de Saint-Louis, est un maniaque ; de ses arrière-petits-enfants, l'un, le bon Duc Loys, « print une grande mélancolie en sa

(1) Lévy-Valensi. — Un neveu du Grand Condé. *Paris Méd.*, 1926. — Un prince de Neuchâtel dément précoce. *XXXe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Genève, 1926.

(2) Lévy-Valensi et Minot. — Un cousin de Richelieu, Armand-Jules de la Porte, duc de Mazarin. *Æsculape*, 1927.

(3) Lévy-Valensi. — Note sur le suicide du duc de Bourbon. *Soc. Fr. d'Hist. de la Méd.*, 1927.

tête, car oncques puis n'eut guère de joie, tant qu'il en perdit le dormir » (chronique du duc de Bourbon) ; l'autre, sa sœur, Jeanne de Bourbon, perdit à 35 ans « son bon-sens et son bon-mémoire » (chronique des quatre premiers Valois).

Le diagnostic, chez elle, est un peu flou, mais c'est la mère de Charles VI, maniaque (Andry, Chéreau, Continau, Dupré, Lévy-Valensi, etc.).

Mais cette même Jeanne de Bourbon est la mère du duc d'Orléans assassiné par le duc de Bourgogne, et père de Dunois, bâtard d'Orléans, chef de la famille des Orléans-Longueville. C'est donc, sous réserve d'un apport schizophrénique inconnu, de cette double hérédité bourbonnienne maniaco-dépressive, qu'a bénéficié par sa mère et son père, Jean-François, duc de Longueville.

Ajoutons que, d'après Brachet, on trouverait dans le moine Richer, que la psychose à double forme appparaît chez les Capétiens avec Eudes de France, grand-oncle de Hugues Capet (xe siècle).

M. le Dr Bersot (Le Landeron, Neuchâtel). — Je tiens à joindre aux félicitations adressées aux deux rapporteurs l'hommage de mon admiration et de ma reconnaissance. Ils ont su excellemment l'un et l'autre tracer un tableau très précis de l'état actuel de la question, depuis si longtemps agitée, de l'hérédité de la schizophrénie et des affections circulaires. D'aucuns s'attendaient à ce qu'ils apportent des précisions définitives permettant de conclure avec une certitude mathématique à certaines probabilités héréditaires dans tel ou tel cas.

Deux raisons fondamentales sont à la base de cette impossibilité sur lesquelles je me permets d'insister encore, quoique les deux rapporteurs les aient déjà mentionnées :

1. l'imprécision du point de départ ;
2. la multiformité des manifestations héréditaires.

L'imprécision du point de départ est moins prononcée pour les affections circulaires — qui, de plus en plus, constituent une entité morbide bien déterminée — que pour la schizophrénie si multiforme, aux limites si imprécises que les statistiques la concernant sont presque impossibles à comparer les unes aux autres. Nous nous sommes bien souvent heurté à cette difficulté dans nos recherches au sujet de la

statistique internationale, ainsi que pourrait aussi l'attester mon ami, le Dr Desruelles. Espérons qu'une meilleure entente internationale pourra se faire dans ce domaine qui établira des bases solides pour l'étude statistique de l'hérédité des maladies mentales.

Quant à *la multiformité des manifestations héréditaires,* — leur polymorphisme ou leur dissimilarité, comme dit Boven, — nous avons pu nous-même au cours de nos recherches constater qu'elle est un des obstacles les plus difficiles à surmonter. Comme le premier rapporteur, nous avons remarqué que schizophrénie et cyclophrénie peuvent « vivre en symbiose dans la même famille » et que « la schizophrénie baigne dans une ambiance de caractères anormaux ». Parmi les familles de 873 schizophrènes hommes et femmes, nous avons trouvé pas moins de 1.886 parents atteints de tares diverses : 693 psychoses, 669 névroses et caractères anormaux, 72 maladies du cerveau ou de la moelle épinière, 357 cas d'alcoolisme, 91 suicides, etc. Dans 460 cas, le père était taré, dans 270 la mère ; il y avait 336 grands-parents ou oncles et tantes paternels tarés, 292 du côté maternel, 272 frères, 221 sœurs, 29 fils, 15 filles, etc.

Le facteur héréditaire psychosique nous est apparu un peu plus prononcé *chez les femmes.* Nous avons examiné l'hérédité de 2.718 cas : chez 185 le père était atteint de psychose et chez 232 la mère, il y avait 292 frères psychosiques et 348 sœurs. Il nous intéressera de savoir ce qu'en pensent les rapporteurs. On nous dira que, par contre, chez les hommes il y a davantage d'alcoolisme. En effet, *chez les hommes, l'alcoolisme est la tare prédominante, tandis que chez les femmes ce sont les psychoses,* mais l'alcoolisme ne suffit pas cependant à compléter les psychoses masculines, de manière à ce qu'elles équivalent en nombre les psychoses féminines [voir à ce propos notre article paru dans le numéro du *Journal suisse de médecine,* qui a été distribué aux congressistes (1)].

Nous ne songeons pas à comparer nos statistiques à celles si abondantes citées par les rapporteurs. Toutes ces données ont leur importance et contribuent à mettre plus de clarté

---

(1) Bersot. — Age et forme de maladie des malades mentaux entrés dans les établissements psychiatriques suisses. *Schw. Med. Wochenschrift,* 18 juillet 1936.

dans ce problème si complexe. Il me paraît très désirable que *dans tous les pays où l'on s'efforce d'organiser mieux la statistique des aliénés, on tienne compte des exigences de la recherche de l'hérédité.*

Boven recommande l'étude bien approfondie de cas particuliers, plutôt que l'accumulation de données statistiques. Certes, il faut d'abord des cas individuels bien étudiés, mais il en faut de nombreux pour que l'on puisse se permettre de généraliser les conclusions auxquelles on arrive..., c'est-à-dire que ces cas individuels doivent être groupés en une statistique. La plupart des auteurs n'ont pas procédé autrement, tel par exemple Rüdin, si abondamment cité par les deux rapporteurs.

Déjà, des théories précises (par exemple celles de Weinberg) permettent des statistiques de plus en plus exactes. Il est donc indiqué que chaque statistique nationale des aliénés tienne compte du facteur héréditaire, comme cela est prévu par exemple dans la statistique française que Desruelles, avec l'aide d'autres confrères, vient de faire adopter pour son pays. Sans méconnaître les dangers de tirer des conclusions trop hâtives des données numériques, je suis convaincu que la statistique bien conduite peut apporter une contribution très précieuse à la solution du problème si passionnant et encore si controversé de l'hérédité de la schizophrénie et des affections circulaires. Ainsi, la statistique aura bien mérité de l'hygiène mentale, car, en définitive, le but de toutes ces recherches n'est-il pas d'orienter mieux et de rendre plus efficace la prophylaxie mentale, de plus en plus à l'ordre du jour dans tous les pays ?

M. le Dr P. Courbon (de Paris). — Ma discussion portera sur deux points : 1° le polymorphisme des psychoses rencontrées chez les membres d'une même famille ; 2° la stérilisation prophylactique des psychopathes.

1° *Polymorphisme héréditaire des psychoses.* — Les faits qui me paraissent le plus incontestablement établis en matière d'hérédité et que les premiers aliénistes avaient d'ailleurs bien signalés, sont d'une part la dissemblance des troubles mentaux apparus dans une même lignée, et d'autre part, la discontinuité de leur apparition sur l'échelle des générations qui composent la lignée. Par exemple, l'aïeul aura été épileptique,

le grand-père schizophrénique, le père n'aura aucun trouble mental et le fils sera cyclothymique, etc.

Ces faits nous déconcertent, car la clinique quotidienne nous inciterait à conclure à l'hétérogénéité et à l'irréductibilité foncières des diverses psychoses, tant sont différentes les conduites qu'elles imposent aux individus qu'elles atteignent, tant est différent le pronostic qu'elles comportent.

Mais si les choses sont en réalité telles que les montre la recherche de l'hérédité, si une filiation réelle existe entre les psychoses quelles qu'elles soient, quand elles apparaissent, même d'une façon discontinue, dans une même lignée, il faut en conclure que l'hétérogénéité que nous leur attribuons est illusoire. Epilepsie, schizophrénie, paranoïa, cyclothymie, etc., ne sont, sous des formes différentes, que la révélation d'une seule réalité : la fragilité des fonctions mentales. Cette fragilité ou tare mentale, les anciens l'appelaient : prédisposition. Le substratum de cette tare est à rechercher dans les éléments de la matière, qui sont communs à l'ancêtre malade et à tous ses descendants, malades ou non malades. Le substratum des conditions qui révèlent la tare et lui donnent une forme psychosique spéciale sont à rechercher au contraire dans les éléments de la matière, qui sont spéciaux à chacun des seuls descendants malades. Ce sont les conditions personnelles à chaque membre de la famille, qui décident de la latence ou du mode de révélation de la tare familiale.

En d'autres termes : la tare est latente chez tous les rejetons qui sont placés dans les mêmes conditions inhibantes. Elle se révèle par des psychoses semblables chez ceux qui sont placés dans des conditions activantes semblables. Elle se révèle par des psychoses différentes chez ceux qui sont placés dans des conditions activantes différentes. C'est ce qu'exprime la phrase de Boven : « La spécificité de la psychose s'élabore par le mécanisme de l'individuel. » Dans ce mécanisme interviennent à la fois les facteurs héréditaires autres que la tare et tous les facteurs physiques et psychiques du milieu où s'est développé l'individu. Les facteurs héréditaires échappent à notre action, mais ceux du milieu lui sont soumis en partie. D'où l'importance de l'éducation pour maintenir la tare latente. Cette conception de la tare mentale, toujours présente, mais tantôt invisible, tantôt visible sous des formes différentes, a sa représentation matérielle dans la cristallisation chimique. Pour l'observateur n'ayant d'autre instrument que ses yeux,

le corps cristallisable est invisible dans une solution. Il devient visible sous des systèmes de cristaux différents quand les conditions d'évaporation sont différentes. Le soufre, invisible à l'état liquide, donne des octaèdres orthorhombiques par évaporation humide, et des prismes clinorhombiques par évaporation sèche.

Cette comparaison d'un phénomène organique avec un phénomène vital est très grossière, mais d'une approximation suffisante.

2° *A propos de la stérilisation prophylactique.* — Il n'est pas scientifiquement démontré que la stérilisation des psychopathes soit le meilleur moyen de régénérer l'humanité. Les rapporteurs l'ont prouvé d'une façon péremptoire. Je rappelle aussi les intéressants travaux de Mme Minkowska à la Société Médico-Psychologique. Aux arguments de ces auteurs j'ajoute celui de l'impossibilité d'identifier les adultères ancestraux. Mais cette carence scientifique de l'efficacité de la stérilisation préventive est-elle une raison suffisante pour interdire cette pratique ?

Nous voyons journellement, nous psychiatres, les calamités immédiates de la fécondité de quelques-uns de nos malades, je ne dis pas de tous. Le bon sens ordonne-t-il de rejeter *a priori* un moyen radical de les éviter sous le prétexte que la nature, à la longue, répare ses propres dégâts, et que ces calamités ne se reproduiront peut-être plus dans les générations futures ? Devons-nous ne rien faire en fredonnant la chanson optimiste ainsi modifiée : « Ça va mal pour vos enfants, Madame la Marquise, mais ça ira très bien pour vos arrière-petits-enfants ? »

Sommes-nous arrivés à ce point de l'évolution humaine où la science puisse être l'unique guide de la société ? Parmi les progrès accomplis, combien furent scientifiquement prévus ? Les Anglais trouvent que les avantages de la vaccine ne sont pas assez scientifiquement démontrés pour l'imposer par une loi, faut-il les imiter ?

Certes, avant de recourir à la stérilisation qui, s'attaquant aux conditions héréditaires de la psychose, supprime l'individu en même temps que le génotype suspect, il serait plus sage de commencer par l'attaque du milieu, c'est-à-dire d'essayer de supprimer dans la péristase, les conditions propres à révéler la tare latente dans le génotype. Il faudrait, par une éducation remontant à la conception même, faire l'hygiène

mentale et physique du rejeton des psychopathes et des pervers, en l'enlevant, dès la naissance, à ses parents, comme l'aurait voulu Platon, pour tous les citoyens d'une république.

Logiquement, ce n'est qu'après l'échec de cette éducation orthophrénique, prénatale, extrafamiliale et poursuivie jusqu'à la majorité, qu'on devrait se résigner à la stérilisation préventive des psychopathes et des pervers. Mais une telle éducation serait-elle réalisable ?

Pour conclure, l'efficacité de la stérilisation des psychopathes, sur la régénérescence de la société n'étant pas scientifiquement démontrable, la loi n'est pas fondée à imposer cette pratique systématiquement dans tous les cas. La loi est fondée sur le bon sens qui autorise l'application de la stérilisation dans un cas donné, lorsqu'un jury, où les médecins sont en majorité, a décidé qu'elle paraît opportune.

M. le Dr Henri Ey (de Bonneval). — On ne saurait trop féliciter les rapporteurs de leur travail, qui parvient à rendre clair des travaux conduits en Allemagne avec une grande méthode de développement certes, mais sans critique suffisante des postulats initiaux. J'aurais aimé que M. Brousseau consacrât sinon quelques pages, au moins quelques lignes, aux travaux qui ont été faits en France sur ce point depuis Doutrebente et Féré jusqu'aux généalogies que l'on trouve éparses notamment dans la collection de la Société de Médecine mentale (Trénel, Leroy, Capgras, Briand, etc.), et aux thèses de Fouques et Demay.

Une chose frappe lorsqu'on essaie d'étudier les documents qui ont été publiés depuis quelque cent ans : c'est qu'on insistait toujours sur le polymorphisme et les transformations de l'hérédité psychopathique (dégénérescence), tandis qu'aujourd'hui on a tendance à insister sur l'hérédité similaire de troubles considérés comme des entités distinctes. Ceci vaut que l'on s'arrête un instant.

Je crois qu'il faut, en posant le problème de l'autonomie des entités, soumettre les questions d'hérédité psychopathique à cette question préalable. Or, à ce point de vue, je ne crois pas que le progrès des études psychiatriques coïncide avec la multiplication et le renforcement de la notion de maladies mentales autonomes. Je ne crois pas du tout qu'il y ait une maladie, la démence précoce, une autre la maniaque dépressive et une autre l'épilepsie, comme il y a la rougeole, la scarlatine

et la diphtérie. Il ne s'agit que de niveaux de dissolution des fonctions neuropsychiques qui affectent des formes typiques sans doute, mais aussi tous les degrés d'un cas à un autre et divers changements d'état au cours de l'évolution de la maladie chez un individu donné. Cette évolution dépasse même l'individu et intéresse plusieurs individus d'une même famille sans y manifester davantage de fixité. Voilà l'impression que j'ai en étudiant les faits et notamment ceux que nous rapportons à ce Congrès, avec Picard. C'est cette considération qui rend sceptique sur la fameuse antinomie dogmatique, base de toute la psychiatrie allemande, entre la maniaque dépressive et la démence précoce. Je me permets de rappeler à ce propos le travail que Rouart a consacré, chez nous, à cette question.

C'est dire combien j'approuve les conclusions prudentes de M. Brousseau lorsqu'il déclare que tant que l'on se bornera à étudier des maladies mentales en leur accolant des étiquettes vagues, aucune conclusion théorique et pratique ne pourra être tirée. Comment, en effet, se reconnaître dans des faits désignés souvent très arbitrairement par le mot indéfiniment élastique de « cyclique » ou le terme, étiré jusqu'au néant, de « schizoïde ».

Nous avons fait, Picard et moi, des recherches généalogiques en Beauce (cf. à ce même Congrès nos deux communications). Nous nous sommes convaincus d'une chose : c'est qu'il est à peu près impossible de puiser dans le passé des éléments sûrs car les observations, les notes, le galimatias des diagnostics qui changent tous les vingt ans, rendent toute précision illusoire. Il faut donc se tourner vers l'avenir. Je ne sais pas si un jour la science « s'achèvera »... Ce que je sais, c'est qu'elle n'est pas achevée. Il faut savoir en prendre son parti et attendre. Mais il faut préparer l'avenir et le travail de ceux qui doivent nous suivre. Pour cela, j'estime qu'il faut constituer un petit *service de renseignements généalogiques* dans chaque Asile, confié à un des médecins et destiné à collectionner tout ce qui a trait à 3 ou 4 familles rurales. Une telle organisation, très simple, si elle était appliquée avec le zèle qu'un tel problème ne peut manquer d'entretenir chez tous les psychiatres, pourrait rendre des services immenses dans l'avenir. Sans cela, on restera toujours dans l'à peu près et l'inconnu.

Ce n'est que par ce moyen qu'on pourra aboutir à quelque

chose de précis destiné à nous guider dans le délicat problème de l'*eugénique* et de la *stérilisation*. En ce qui concerne les mesures de stérilisation, je crois qu'il ne faut pas les rejeter *a priori*. Peut-être y a-t-il quelque chose à faire dans ce sens, mais avec précautions et garanties. Je crois même bon, pour stimuler les recherches indispensables, d'envisager la prophylaxie par stérilisation avec un *préjugé favorable*. Il appartiendra aux faits de dire si l'on peut ultérieurement préconiser une telle mesure avec une motivation scientifique suffisante. Je suis convaincu, en effet, que des études généalogiques, soigneusement et longuement conduites, *contemporaines* des troubles et examinées ensuite avec un recul suffisant permettront, seules, à ceux qui nous suivront, de préciser les conditions de faits d'une mesure qui me paraît utile dans certains cas, mais dont les incidences morales et sociales sont trop redoutables pour qu'elle puisse être fermement préconisée dans notre actuelle incertitude.

M. E. Minkowski (de Paris). — Le problème de l'hérédité en psychiatrie présente un double aspect : à côté de la question de savoir si et selon quel mode se transmettent les diverses psychoses, il y a lieu encore de tenir compte de la façon dont la notion de l'hérédité prend part à l'élaboration de nos notions cliniques. A défaut de connaissances étiologiques précises, l'idée d'hérédité similaire a largement contribué à cette élaboration. L'hérédité est une notion d'un usage courant, et dans ce sens elle est une notion pré-scientifique. Là réside sa faiblesse, mais aussi sa force. Sa faiblesse, parce qu'elle ne se trouve pas toujours d'accord avec les notions cliniques ; sa force, parce qu'elle témoigne de la tendance propre à notre esprit de rechercher, à travers la diversité des faits, le semblable, le pareil, l'identique. Par ce côté, elle s'apparente à tous les principes de conservation et acquiert une valeur explicative. Tout en se montrant incapable d'embrasser la richesse de la réalité vivante, elle guide notre pensée. La psychiatrie du XIX[e] siècle, d'Esquirol jusqu'à Bleuler, en passant par Morel et Kræpelin, est un long débat entre les notions cliniques et la notion d'hérédité, cette dernière sous forme d'idée de similitude prenant une part active à la formation des entités cliniques. Du reste, dans la pratique journalière, en présence d'un cas à diagnostic difficile, tout naturellement nous le rapprochons des cas de psychose typique, s'il en existe

dans la famille. L'idée d'hérédité similaire permet ainsi de différencier et d'unifier en même temps. De ce point de vue, il paraît presque regrettable que les rapporteurs aient scindé leurs rapports, l'un traitant uniquement de la schizophrénie, l'autre de la folie maniaco-dépressive ; la confrontation de ces deux grandes psychoses, et plus particulièrement l'étude de la façon dont la notion d'hérédité a contribué à les délimiter et pose encore le problème de l'existence de diverses variétés pour chacune d'elle, eussent été très instructives. Pour cette même raison, la formule, proposée par M. Boven : « Dissocions, mais n'associons pas », paraît sujette à caution. La simple dissociation ne peut pas être le but poursuivi. Nous pourrons essayer de différencier, mais seulement dans un cadre général inspiré par notre tendance à l'unification. Là, la notion d'hérédité a son rôle à remplir.

Pour ce qui est des mesures pratiques auxquelles a abouti la génétique moderne sous l'influence de l'idéologie raciale, nous nous associons entièrement à la position prise par les rapporteurs. D'ailleurs, la façon dont sont interprétées les données recueillies sur l'hérédité par certains auteurs, semble être déterminée par le désir, conscient ou non, d'aboutir à des conséquences pratiques de cet ordre. La méthode généalogique, comme il a été dit déjà, présente les choses sous un tout autre aspect. L'hygiène mentale est, certes, nécessaire, mais elle ne remplit son rôle que lorsque l'on ne la subordonne pas à une formule simpliste, et surtout si l'on ne cherche pas à sauver la race humaine à tout prix, sans tenir aucun compte de ce que l'humanité trouve bien souvent son salut d'elle-même sans le concours farouche de ceux qui veulent être ses sauveurs, ou, en d'autres termes, sans tenir aucun compte des forces régénératrices dont dispose la nature.

Mme Minkowska (de Paris). — Le rapport documenté de M. Boven se termine par la conclusion, plutôt décevante, que ni la psychiatrie ni la génétique ne sont à l'heure actuelle des sciences exactes. Cette conclusion doit nécessairement déterminer une réaction de la part du psychiatre attaché au problème de l'hérédité et aux recherches généalogiques, et cela d'autant plus que M. Boven, par son passé, et plus particulièrement par sa belle thèse publiée en 1915, appartient à cette lignée de chercheurs qui ont mis à l'honneur la méthode généalogique. « Ni la psychiatrie, ni la génétique ne sont des

sciences exactes », dit M. Boven. Il y a lieu de s'expliquer tout d'abord sur le sens à donner au terme « exact ». Sans doute, ni la psychiatrie, ni la génétique, qui s'occupent de l'être humain vivant, ne peuvent et ne doivent être moulées sur le modèle des sciences dites « exactes » ; au contraire, elles s'accommodent fort bien de cette prétendue inexactitude inhérente à leur nature et continuent leur travail fécond, en dépit, ou plus exactement, grâce à cette soi-disant imperfection. Pourquoi aussi vouloir à tout prix faire des mathématiques partout ? C'est pour avoir méconnu ces caractères particuliers que M. Boven a donné, je crois, une orientation *unilatérale* à ses considérations. Généalogiste d'origine, il a fait, à notre gré, une place trop large aux recherches à orientation statistique, ce dont témoigne déjà ce fait que, dans sa bibliographie, il cite presque exclusivement les auteurs allemands, en laissant de côté les recherches, soit anciennes, soit modernes, publiées en langue française, ainsi que les travaux généalogiques qui ont été faits en Suisse. C'est pour la même raison probablement qu'il a omis de mentionner mes travaux. Ces travaux pourtant ont eu la même origine que ceux de M. Boven, à savoir la méthode généalogique, introduite en 1911 par M. Rüdin. En 1915, dans sa thèse, M. Boven soulignait l'importance du facteur héréditaire dans la démence précoce et dans la psychose maniaque-dépressive, nous parlait de la similarité et du mendélisme et différenciait, un des premiers, dans les familles des malades, des caractères anormaux, pour la description desquels il ne disposait pas encore des cadres établis plus tard par Kretschmer. Par la suite, tandis que les généalogistes allemands délaissaient la vraie méthode généalogique, pour aboutir, sous l'influence des conceptions raciales, aux exagérations que condamne à juste titre M. Boven, moi, en poursuivant mes recherches et en me déplaçant de village en village, dans le canton de Zurich et dans d'autres cantons de la Suisse, je restais fidèle à la méthode *primitive* en établissant des arbres généalogiques complets. Cette méthode qui *sciemment* ne cherche point l'exactitude, qui s'éloigne des acrobaties statistiques, mais qui reste toujours en contact avec la clinique et la vie, présente les avantages suivants : 1) matériaux objectifs fournis par l'arbre généalogique et qui échappent à l'investigation de l'individu, d'où la différence avec la méthode statistique ; 2) possibilité, en établissant la part du *conjoint* et de sa famille,

d'analyser le tableau clinique en respectant l'esprit des entités nosographiques, de souligner l'hérédité *similaire* et les psychoses associées en opposition au *polymorphisme* et aux psychoses atypiques ; 3) mise en évidence de la variété des facteurs entrant en jeu et plus particulièrement de la régénérescence à côté de la dégénérescence qui fut l'unique point de vue admis pendant longtemps dans le domaine de l'hérédité des maladies mentales ; 4) étude du mode de transmission héréditaire ; 5) établissement d'une chaîne continue, pour chaque entité, entre les malades, les caractères anormaux et les individus sains. Ainsi, les divers problèmes ayant trait à l'hérédité trouvent une réponse positive et une solution pratique.

D'une façon globale, nous pouvons dire que les recherches généalogiques ont démontré, en ce qui concerne la schizophrénie, que le facteur héréditaire joue un rôle très important dans l'étiologie de cette psychose. J'ai étudié tous ces problèmes, depuis 1921, dans plusieurs communications faites à la Société Médico-psychologique, dans des articles parus dans l'*Evolution Psychiatrique,* et actuellement j'ai terminé un livre consacré à ce sujet. La méthode généalogique répond à bien des questions soulevées dans le rapport. Pourquoi parler du polymorphisme quand nous trouvons, dans le domaine de la schizophrénie, l'hérédité *similaire* et *convergente ?* Pourquoi parler de l'origine *commune* de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive si l'apparition de ces deux psychoses dans une famille s'explique fort bien par le rôle du *conjoint ?* En reconnaissant même l'extension excessive de la schizophrénie, pourquoi la scinder en schizophrénie et en démence précoce, du moment que nous voyons apparaître tous ces cas dans la même famille, en fonction de *l'accumulation* de tares des deux côtés ?

En ce qui concerne le problème de la prophylaxie dans le domaine de la schizophrénie, je résume ici les conclusions, extraites de ma communication faite à la Société Médico-psychologique, à la séance du mois de mars 1935. (« La critique de la loi de stérilisation au point de vue généalogique »): 1) dans les cas graves, résultant de l'accumulation de facteurs héréditaires, la stérilité se produit pratiquement d'elle-même; 2) le conjoint et sa famille jouent dans la détermination de l'état mental de la descendance un rôle très important ; 3) les parents apparemment sains d'esprit peuvent avoir des enfants

malades là où l'hérédité convergente et similaire entre en jeu. De ces constatations faites sur le plan généalogique, il résulte qu'en ce qui concerne la schizophrénie, la loi de stérilisation, qui ne distingue pas les formes légères des formes graves et ne tient pas compte du *conjoint*, frappe durement *l'individu* et reste inefficace au point de vue *social*.

Mais quelles mesures faut-il préconiser dans la lutte avec les maladies mentales ? Là où M. Rüdin procède par une *interdiction générale*, je propose des *conseils individuels*. Pour lutter efficacement contre le mal, il faut attirer l'attention des médecins et du public sur l'hérédité.

Les *consultations prénuptiales*, faites d'une façon discrète et éclairée, peuvent rendre de grands services. Il faut examiner chaque cas particulier et tenir compte des antécédents héréditaires des *deux conjoints*.

N'ayant pas d'expérience personnelle au sujet de la psychose maniaque-dépressive, je ne peux pas prendre position à l'égard du très intéressant rapport de M. Brousseau, qui, bien que prudent et réservé, ne nie point le rôle du facteur héréditaire dans l'étiologie de cette affection.

Pour terminer, comme notre Congrès de cette année siège à Zurich, je voudrais en profiter pour exprimer mon hommage à mon maître, M. Bleuler, qui a toujours stimulé les recherches généalogiques, à la population de ce canton de Zurich, qui, par sa compréhension profonde et par son sens social, m'a largement facilité mon travail, et enfin à la mémoire de Jules Klaus qui a légué toute sa fortune pour favoriser l'étude de l'hérédité.

M. le Dr JABOUILLE (de Rouffach). — J'ai lu avec la plus grande admiration et le plus grand intérêt les travaux remarquables des deux rapporteurs. Avec d'autant plus d'admiration que leur embarras a dû être grand devant l'extrême difficulté des questions qui leur étaient posées et qui ressemblent un peu à la quadrature du cercle. Ils ont d'ailleurs exprimé d'une façon très nette devant quelle complexité étonnante d'opinions divergentes ils se sont trouvés au cours de leur étude. Je les prie de me permettre de les louer du talent qu'ils ont déployé et de les couvrir de fleurs rapidement, le règlement ne m'accordant qu'un temps limité pour mon exposé.

Félicitons-nous d'abord de constater qu'on a abandonné les termes de « Psychose maniaque-dépressive » et de « Schizo-

phrénie » pour ceux d'affections circulaires et d'affections schizophréniques. C'est là, à notre avis, un singulier progrès, car dans chaque cas il n'y a pas une entité morbide définie, mais une série d'états ou de syndromes qui ne sont d'abord que des « affections » et non des « maladies », et qui ensuite sont multiples, et ne peuvent être groupés que par analogie et non par similitude. Mais cela ne pouvait naturellement que compliquer le travail des rapporteurs.

C'est, en effet, pour une maladie bien définie et bien caractérisée dans ses symptômes, dans son évolution, dans son traitement et avant tout dans sa cause qu'on peut rechercher si elle est ou non « héréditaire ». C'est ainsi qu'on peut se demander si la tuberculose, si la lèpre ou si la syphilis sont ou non héréditaires. Mais, dans le cas présent, en face de faits cliniques aussi nombreux et aussi différents, les rapporteurs auraient été parfaitement justifiés à répondre que dans certains cas il y avait des phénomènes héréditaires et dans d'autres cas pas du tout. L'état mental normal résulte de deux choses : le potentiel cérébral, c'est-à-dire l'ensemble des capacités fonctionnelles du système nerveux, et toute la série des acquisitions, acquisitions personnelles ou acquisitions résultant de l'éducation et de l'influence du milieu. L'hérédité vraie ne peut porter que sur le potentiel cérébral.

L'état mental pathologique résulte de facteurs beaucoup plus complexes : en plus du potentiel cérébral, on doit tenir compte d'une susceptibilité ou d'une fragilité plus ou moins grande du système nerveux, qui peut être héréditaire aussi bien qu'acquise. De plus, nous devons faire entrer en ligne de compte la série innombrable des troubles somatiques les plus variés, qui peuvent avoir une influence prépondérante sur l'éclosion des troubles mentaux et qui, eux aussi, peuvent être héréditaires aussi bien qu'acquis.

Il en résulte que l'hérédité peut porter sur le potentiel cérébral, sur la susceptibilité du système nerveux et sur beaucoup de troubles somatiques, en particulier sur ceux des organes de défense antitoxique de l'organisme. On doit donc tenir compte des hérédités thyroïdiennes, hépatiques, rénales, etc. Mais ces virtualités morbides héréditaires, comme le dit Stransky, peuvent demeurer latentes tout au long de la vie à moins que ne survienne quelque événement toxique qui les révèle sous des aspects cliniques bien définis.

Or, ces aspects cliniques, syndrome maniaque-dépressif ou

schizophrénique, résultent à la fois des capacités mentales du sujet, lesquelles sont fonctions de son potentiel cérébral et de ses acquisitions, et de la qualité ou de la quantité du toxique.

Le potentiel cérébral est bien souvent héréditaire, mais les acquisitions ne le sont pas. Pourtant, comme elles sont pour la plupart le résultat de l'action éducatrice et suggestive des parents, elles donnent une fausse apparence d'hérédité à certaines formes mentales. Il ne faut pas confondre cet héritage des parents avec la véritable hérédité de graine, telle qu'elle est conçue dans les questions posées. Et cependant, il ne faut pas mésestimer l'importance de ce facteur dans la physionomie particulière de certains troubles mentaux, et notamment dans la forme de certains délires.

Mais n'oublions pas qu'il faut aussi réserver une très grande place à la qualité et à la quantité du toxique, ainsi qu'à ses possibilités d'action. Et c'est ainsi qu'on peut citer de nombreux cas cliniques d'individus qui ont suivi toute la gamme ascendante des diverses formes, état maniaque, état dépressif et enfin état schizophrénique. On voit donc que, selon notre avis, le mécanisme est tout à fait général et qu'il faut distinguer dans chaque cas ce qui peut revenir ou non à l'hérédité, parce que tous ces cas ne sont nullement semblables, malgré une forme clinique analogue qui résulte d'une multitude de facteurs.

Cela est loin de simplifier la question. Mais les lois ne peuvent être établies que pour des faits identiques et comparables entre eux. L'analogie ne peut être en biologie, la plupart du temps, que génératrice d'erreurs.

C'est pourquoi je pense qu'avant de songer à simplifier et à légiférer, il nous faut transformer, comme dirait Spencer, l'homogénéité indéfinie et incohérente en présence de laquelle nous nous trouvons en une hétérogénéité définie et cohérente, qui nous permettra d'y voir clair. La lumière ne résulte pas toujours de la simplification, surtout en biologie.

M. le Dr René Charpentier (de Paris). — Les rapports si critiques, si mesurés qui viennent de nous être exposés par MM. Boven et Brousseau, ont déjà reçu les très légitimes félicitations auxquelles je suis heureux de m'associer. Ils sont une preuve de plus que, suivant le rythme normal du progrès, à la période de synthèse traversée par la psychiatrie, doivent succéder maintenant des efforts d'analyse. Quel qu'en soit le

très grand intérêt, il est bien évident que la vaste synthèse de la schizophrénie réunit des états différents les uns des autres et ne constitue qu'un groupe d'attente. Dans une certaine mesure, il en est de même de la conception kræpelinienne de la psychose maniaque-dépressive.

Sans ajouter à une discussion déjà longue, je désire seulement apporter à ceux que préoccupe la question de l'hérédité un renseignement récent. Il vient d'être créé un « Bureau of Human Heredity », dont le siège est à Londres et qui, sous la direction de Comités Internationaux, a pour but de recueillir, d'étudier, de centraliser tous les documents et toutes les recherches concernant l'hérédité humaine. On ne saurait trop engager nos rapporteurs et tous ceux qui ont étudié des faits d'hérédité à adresser leurs publications à Mrs Hodson (440, Fulham Road, London), secrétaire générale honoraire de ce Bureau. Les auteurs qui désirent conserver leurs droits n'ont qu'à en faire l'observation lors de l'envoi de leurs travaux. Les documents généalogiques dont les dimensions n'ont pas permis la publication, pourront être conservés par le Bureau of Human Heredity. Sur demande adressée à Mrs Hodson, tous renseignements seront envoyés concernant les signes du Standard International.

Réponse du Prof. W. Boven

Le rapporteur se rallie aux vues du Prof. Vermeylen, qui préconise, au lieu de mesures négatives ou mutilantes, la prophylaxie positive du milieu éducatif. Comme Vermeylen, il est convaincu que le rôle du médecin n'est pas de tirer de son ignorance présente des affirmations draconiennes, mais de chercher à dépister les causes des affections mentales, comme ces trois affections neurotropes de l'enfance, dont parle Vermeylen. Enfin, le rapporteur a été frappé aussi, comme son ami Vermeylen, du caractère « balancé » de la répartition des tares dans la descendance de certains schizophrènes : tel enfant héritant des vices somatiques, tel autre des vices moraux, etc...

Le cas du Prof. Lévy-Valensi est d'un intérêt historique très opportun, d'une signification génétique problématique, vu l'absence de renseignements sur les conjoints.

Que le sexe féminin soit plus frappé que le masculin par

le Sx, comme le dit le Dr Bersot, le rapporteur n'en est pas convaincu. Quant à discréditer la statistique, le Prof. Boven n'y pense pas pourvu qu'elle reste dans son domaine et ne prétende pas trancher des questions que l'observation clinique seule peut envisager et définir.

Le rapporteur considère, comme le Dr Courbon, que le polymorphisme des affections Sx est pour une bonne part conditionné par la péristase, par les ambiances différentes dans lesquelles les malades vivent. Ajoutons une réserve pour le moment : c'est que ce polymorphisme ne dépend vraisemblablement pas de cette différence de péristase seulement : la nature, la qualité, la quantité des tares transmises en conditionnent aussi l'aspect comme le fond constitutionnel et caractérologique de l'individu qui les hérite.

Le Prof. Boven est heureux de voir le Dr Courbon en matière de stérilisation prophylactique, restreindre l'intervention (stérilisante) à des cas particuliers, soigneusement examinés sans systématisation doctrinaire, mais en tenant compte de toutes les valeurs matérielles et spirituelles. Telle est la législation du Canton de Vaud, qui s'exprime en ces termes (*Article 28 de la loi sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales, 1528*) : « Une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale peut être l'objet de mesures d'ordre médical pour empêcher la survenance d'enfants, si elle est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée. L'intervention médicale n'a lieu que sur autorisation du Conseil de Santé... »

Le Dr Ey ne croit pas à l'entité Sx opposée à l'entité cyclophrénique. Il ne reconnaît que des syndromes transitoires. Soit. C'est un peu l'opinion générale schématiquement exprimée. La famille dont il nous a redit l'histoire génétique ne prête guère prise à discuter puisque on ignore tous les conjoints. Or, en génétique, tout est précisément affaire de la conjonction, de l'intersection des lignées connues dans leurs qualités et leurs tares. Qu'un Sx apparaisse, à la 4e génération d'une famille de cycliques, ce qu'il faut savoir c'est précisément quels étaient les vertus et les vices mentaux et corporels des générateurs conjoints.

M. Ey recommande les statistiques orientées vers l'avenir. C'est ce que le rapporteur fait depuis 20 ans. Il rapporte à ce sujet les données très succinctes d'un travail récent à ce sujet.

Mme Minkowska gourmande le rapporteur à propos des

études généalogiques qu'il a omises ou abandonnées, alors que jadis elles faisaient l'objet de leur dilection commune. Le rapporteur rassure Mme Minkowska. Il n'a oublié ni la science généalogique, ni la camarade de jadis, et si ses conclusions aujourd'hui restreignent la portée des gains de la génétique, elles ne font que circonscrire un domaine où Mme Minkowska s'est acquis des titres indiscutables dont il s'est fait un plaisir d'entretenir récemment la Société Vaudoise de Médecine.

Le Dr Jabouille insiste sur la difficulté de discuter la part de l' « hérédité de graine » et la part du milieu, et il conclut à l'hétérogénéité du groupe Sx. C'est l'opinion commune.

Rien à relever dans les remarques du Dr E. Minkowski, sinon quelque mécontentement touchant le vœu du rapporteur : « Dissocions, n'associons pas. » Le Dr Minkowski ne veut pas de la dissociation qui lui rappelle trop la schizophrénie. Le rapporteur « s'associe » à sa protestation.

Il remercie le Dr Charpentier des renseignements qu'il a fournis et demande à M. Rouard de lui laisser prendre connaissance à loisir des résultats de l'important travail qu'il a fait en collaboration avec MM. Claude et Deshaies, et qui mérite un sérieux examen.

Enfin, le rapporteur reconnaît, avec le Dr Schiff, la difficulté de poser à temps des indications à la stérilisation prophylactique et surtout de l'impossible discrimination prophétique des rejetons valables ou tarés.

Réponse du Dr Brousseau

Le Dr Brousseau applaudit aux propositions si justes formulées par le Prof. Vermeylen et le remercie en particulier d'avoir souligné, parmi les facteurs acquis, l'importance du milieu social. Selon sa qualité ou ses déficiences, les manifestations cyclothymiques ou maniaques-dépressives peuvent, en nombre de cas assurément, être atténuées ou exaltées, provoquées jusqu'au point de réaliser un syndrome grave, ou maintenues au contraire en harmonie avec l'ambiance.

Il est heureux de trouver dans l'opinion de M. Minkowski ce même jugement qu'il a cru pouvoir porter sur la précarité des conclusions tirées de l'exploitation hâtive d'une masse hétérogène de faits cliniques. Si grands que soient les progrès accomplis dans l'appareillage statistique, et le livre très récent

de Bruno-Schulze en fait foi, il faut convenir avec cet auteur qu'on n'en peut rien tirer, si les observations d'où l'on part sont entachées d'insuffisance ou d'erreur.

Le rapporteur croit qu'il est plus fécond de se fonder sur les études généalogiques dont les patients travaux de Mme Minkowska nous offrent un exemple achevé. Les difficultés que l'on y rencontre, loin de nous détourner vers la facilité et l'illusion d'une production de masse, doivent bien plutôt susciter, ainsi que le suggère M. Ey, la mise en œuvre de cette méthode dans chaque établissement psychiatrique. Il conviendra de savoir attendre avant de se prononcer sur le polymorphisme de l'hérédité psychopathique dont paraissent convaincus MM. Bersot, Ey et Courbon. Il n'est pas interdit d'espérer que l'on parviendra un jour, en matière d'hérédité humaine, à connaître les lois qui régissent les diverses modalités de combinaisons chromosomiques, et d'une manière vraisemblablement conforme à ce que l'on sait déjà à propos d'hérédité animale et végétale. Peut-être alors la diversité d'apports factoriels venus de deux conjoints aux ascendances exactement déterminées, permettra-t-elle, de façon plus satisfaisante que les notions de polymorphisme et de dégénérescence de rendre compte de la venue de schizophrène en des lignées maniaques-dépressives, ce dont MM. Lévy-Valensi, Picard et Ey ont rapporté de remarquables exemples.

M. Jabouille a parlé du « potentiel cérébral » en quoi résiderait la seule hérédité vraie. Cette expression m'apparaît comme une vue schématique, une manière de parler qui se dérobe à toute définition, à toute mesure, et dans l'état actuel de nos connaissances, ne constitue qu'une hypothèse gratuite, parmi tant d'autres. Essentiellement subjective, elle ne saurait balancer les certitudes déjà conquises par la génétique.

La communication si démonstrative du Dr Schiff met l'accent sur l'un des « moments » les plus importants de la pratique de la stérilisation eugénique. En matière de psychose maniaque-dépressive, Erik-Essen Möller (1935), travaillant sur les données de l'Institut de Munich, a pu établir que, même en stérilisant tout sujet atteint d'un premier accès, on n'arriverait à réduire le pronostic de morbidité héréditaire que dans la proportion de 1/13e à 1/14e. Pour faire mieux, il faudrait donc qu'en vue de décisions eugéniques, on soit armé, plus précocement, de critères biologiques certains. Le dépistage

des personnalités « prépsychotiques » et surtout la classification morphologique pourraient y concourir. Mais Kretschmer lui-même ne reconnaît pas l'universalité de l'*habitus pyknique* chez les sujets doués d'un « tempérament cyclothymique ». Il ne faut donc pas nous étonner de trouver encore, parmi nos psychoses maniaques-dépressives les plus authentiques, un nombre appréciable de malades si nettement leptosomes ou dysplastiques.

Nous avons le droit de faire confiance aux progrès si rapides de la génétique, et d'escompter l'application de ses lois aux problèmes de l'hérédité psychopathique. J'y vois des raisons plus impérieuses encore de lui préparer le terrain :

1) par une discrimination clinique fondée sur une sémiologie minutieuse, et qui ne se contente pas de l'usage, trop souvent unique, d'une impression diagnostique ;

2) par la constitution laborieuse d'une série de recherches généalogiques poursuivies selon les règles, et, dès qu'il se pourra, appuyées de toutes les corrélations biologiques dont la détermination se trouve dès maintenant amorcée.

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

ÉTUDE SÉMEIOLOGIQUE, ETIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE DES MOUVEMENTS CHORÉIQUES

par le Docteur J. CHRISTOPHE (de Paris)

Aucune étude ne nous paraît devoir soulever, à l'heure actuelle, de problèmes plus complexes que celle d'un mouvement involontaire tel que le mouvement choréique, si, du moins, nous voulons prétendre à la compréhension du mécanisme intime de celui-ci. Il semble, à ce point de vue, que les précisions fournies par nos recherches successives aient réussi à nous éclairer sur l'orientation exacte, mais aussi sur l'éloignement du but final que nous nous proposons d'atteindre. Il n'est pas douteux que notre raison ne devienne plus exigeante lorsqu'il s'agit pour elle d'adopter une explication pathogénique soumise à sa critique, à mesure qu'avec le temps se complètent nos connaissances. C'est là une conséquence des progrès déjà réalisés, mais aussi une garantie de progrès à venir.

Si nous nous attachons tout d'abord *à l'étude séméiologique* du mouvement choréique, nous sommes forcés de reconnaître que, depuis les temps obscurs où, sous le terme de « chorea sancti Viti », étaient décrits les désordres moteurs les plus disparates, un fructueux travail de démembrement, inauguré par l'œuvre de Sydenham, a permis d'isoler les chorées des autres mouvements involontaires. Mais la mise en valeur des caractères généraux essentiels des mouvements choréiques, telle que la permet le simple examen, ne saurait nous contenter à l'heure actuelle. Nous n'ignorons pas la complexité du mécanisme régulateur du mouvement le plus simple dans ses

composants musculaires physiologiques, et c'est en appliquant ces notions à l'étude physio-pathologique du mouvement spontané ou volontaire choréique que nous arrivons à pénétrer plus avant les caractères intrinsèques d'un tel désordre moteur.

Si nous envisageons les *circonstances étiologiques* dans lesquelles peut s'observer le mouvement choréique, nous voyons que celui-ci constituera, dans certains cas, le symptôme dominant d'une affection autonome, qu'il s'agisse de chorée aiguë infectieuse ou de chorée chronique ; mais il représentera, dans d'autres cas, un symptôme essentiel ou accessoire de syndromes topographiques variés.

L'expression anatomique, dans la première éventualité, se retrouvera, soit dans des lésions inflammatoires diffuses, soit dans des lésions dégénératives progressives systématisées du type de celles que l'on observe dans les affections dites abiotrophiques. Dans la deuxième éventualité, elle se retrouvera dans des altérations de siège variable, mais parfois, avec un maximum d'électivité lésionnelle, dans une altération circonscrite due à un foyer vasculaire strictement localisé. Si donc nos essais *d'interprétation pathogénique* restent dominés par la foi en la valeur absolue d'une concordance anatomo-clinique précise, il est à prévoir que notre tendance sera de conclure à l'existence de chorées d'origines très diverses, une conception pathogénique univoque étant incapable d'expliquer l'ensemble des faits anatomo-cliniques observés. Une telle manière de voir aboutirait pourtant à des conceptions, sinon erronées, du moins imparfaites. Il est capital de mettre en valeur que, si le problème pathogénique d'un symptôme négatif de déficit, tel qu'une paralysie ou une anesthésie organique, est susceptible de trouver sa solution entière dans la constatation précise du siège, de l'étendue et de la nature d'une lésion anatomique distincte, il en va très différemment pour ce qui est du problème pathogénique d'un symptôme positif d'excitation, tel qu'un mouvement involontaire. La méthode anatomo-clinique, capable de fournir, dans ces cas, des renseignements dont la valeur ne saurait être négligée, perd cependant ici le caractère formel et exclusif de ses droits. La constatation de l'atteinte de tel centre cellulaire ou de tel faisceau, paraissant conditionner l'apparition d'un mouvement choréique, ne saurait autoriser à conclure au rôle pur

et simple joué par cette lésion destructive. Le problème physio-pathologique se trouve reporté plus loin. Partant de faits anatomo-cliniques précis, il convient de rechercher, en raisonnant physiologiquement, par quel mécanisme l'adultération de tel système est susceptible de déclancher l'activité d'un centre moteur voisin dont l'intégrité apparaît nécessaire à l'apparition du mouvement involontaire. C'est seulement dans la solution d'un problème physio-pathologique de cet ordre, que réside l'ultime explication d'un désordre moteur tel que le mouvement choréique.

PREMIERE PARTIE

ETUDE SEMEIOLOGIQUE (1)

A. — Les caractères généraux du mouvement choréique

Bien qu'il puisse se présenter à nous sous des aspects très variés, il semble que nous reconnaissions facilement, à première vue, le mouvement choréique. Qu'il s'agisse des secousses musculaires isolées d'un enfant atteint de chorée de Sydenham au début ou de l'agitation dansante de l'Huntingtonien qui gesticule dans la cour de l'asile, devant l'instabilité motrice discrète de la main thalamique comme devant la furieuse distorsion convulsive de l'hémiballisme, nous qualifions aussitôt du même terme des mouvements d'aspect si différent. Mais, si nous tombons d'accord sur ces diagnostics d'impression que l'habitude clinique impose à l'esprit de chacun de nous, nous adoptons des conceptions souvent différentes sur la signification de l'hyperkinésie choréique.

---

(1) Il ne nous a pas été permis de concilier l'étendue très vaste du sujet de ce Rapport avec les limites qui nous étaient imposées dans son développement. Ainsi, nous avons envisagé de façon très succincte certains faits cliniques. Nous n'avons pu, d'autre part, laisser figurer l'étude du mouvement choréique dans ses rapports avec les autres mouvements involontaires.

Nous nous entendons cependant pour accorder au mouvement spontané choréique, un certain nombre de caractères qui appellent des qualificatifs indiscutables, en ce sens que la réalité de chacun d'eux peut être reconnue par tel observateur attentif, en dehors de toute connaissance spéciale. Et c'est, en somme, à la description peu variée de ces attributs, que se bornent les traités classiques qui se répètent, depuis Sydenham pourrait-on dire, sans chercher le plus souvent à pénétrer le mécanisme du désordre moteur par une analyse clinique et une étude physio-pathologique plus poussées.

Examinons un enfant atteint de chorée de Sydenham. Nous constatons, au niveau des membres, par exemple, une agitation motrice faite de mouvements spontanés, réalisant des déplacements successifs, segmentaires, d'une certaine amplitude. Chaque mouvement semble conditionné par une contraction musculaire brusque, rapide, explosive, donnant l'impression de départ (ausfahrende). Chacun de ces mouvements, envisagé isolément, frappe par sa brièveté. C'est un mouvement court, inachevé, semblant traduire l'absence de continuité et de persévération dans la contraction musculaire. Les mouvements ne sont pas simultanés et, dans leur éclosion successive, ils ne sont soumis à aucune loi de rythme ; leur irrégularité est flagrante. Ils apparaissent ainsi, séparés les uns des autres et les pauses qui les séparent sont elles-mêmes d'une durée très variable. On conçoit donc que ces caractères d'irrégularité dans la suite des contractions aient permis de qualifier les mouvements choréiques de désordonnés, d'imprévus, de contradictoires, et aient permis aux auteurs d'en donner de nombreuses définitions : chocs, sautillements, agitation, secousses insolites se reproduisant avec rapidité (G. Sée).

Nous ajoutons déjà à des constatations objectives une appréciation d'ordre subjectif, source de discussions, lorsque nous déclarons que le mouvement choréique est illogique, désordonné, caricatural, et l'on peut s'étonner, à la réflexion, que ces qualificatifs d'un mouvement involontaire aient été présentés comme des arguments contre sa ressemblance avec le mouvement physiologique coordonné.

S'ils nous conduisent, en effet, à opposer le mouvement choréique au mouvement volontaire, ils impliquent, de ce fait, la possibilité de le comparer à un mouvement d'une

particulière complexité. Il ne nous viendrait certes pas à l'esprit de qualifier d'illogique ou de caricatural certains mouvements comme les tremblements ou les myoclonies. De fait, on ne peut, en examinant un choréique, se délivrer de cette impression que les mouvements spontanés n'aient chez lui, malgré l'irrégularité de leur succession, leur variabilité constante, une certaine forme, un certain contenu. Ce sont des gestes plus que des mouvements, mais des gestes altérés par leur brusquerie, orientés mais avortés, faits de mouvements successifs et variables, le tout aboutissant à une gesticulation d'apparence incoordonnée, mais dont chacun des éléments constitutifs conserve les caractères des mouvements de classe supérieure. Et, lorsque Thiemich, par exemple, emploie l'expression de gigoter (zappeln), pour définir l'agitation choréique, n'est-on pas forcé d'admettre la ressemblance de celle-ci avec le mouvement volontaire ?

On s'explique ainsi que le mouvement choréique apparaisse à Kinnier Wilson, aussi complexe à l'occasion, aussi coordonné et dirigé vers un but que le mouvement volontaire. Pour lui, le geste choréique est finalisé sans but réel, alors que le mouvement normal est dirigé vers un but objectif ; plus exactement, écrit-il, chaque nouveau mouvement peut être décrit subjectivement avec but (subjectively purposeful), mais objectivement sans but (objectively purposeless), termes qui correspondent en allemand aux expressions de « zweggemäss » et de « zweckmässig ». Cecil Wall, en 1920, exprime la même pensée en ces termes : « Je préfère le terme de spontané à celui d'involontaire, non parce que ce dernier mot est incorrect, mais parce que les mouvements, quoique se produisant indépendamment de la volonté, sont du même type que les mouvements traduisant l'expression de la volonté. »

De nombreux auteurs s'opposent à cette manière de voir. Lewandowsky considère le mouvement choréique comme l'effet de contractions isolées et désordonnées de muscles et de groupes musculaires. Entres souligne que plusieurs muscles peuvent se contracter simultanément dans différents segments du corps, mais que jamais un groupe musculaire susceptible de réaliser une unité fonctionnelle n'entre en action de façon synergique. Kleist exprime une opinion analogue et voit dans les mouvements isolés choréiques les pierres de base résultant de la destruction du mouvement volontaire.

Lhermitte et Pagniez estiment que, dans la gesticulation choréique, l'analyse formelle du mouvement permet de retrouver des fragments cinétiques, qui rappellent ceux qui entrent dans la constitution d'un acte volontaire, mais que, dans l'immense majorité des cas, les contractions musculaires de la chorée s'écartent de beaucoup de celles qui s'accordent harmonieusement dans la production de l'acte volontaire.

On conçoit qu'il soit malaisé de déceler, si un mouvement involontaire du type du mouvement choréique représente la défiguration d'un mouvement complexe ou s'il est constitué par des contractions musculaires élémentaires réalisant par des combinaisons dues au seul hasard des contractions, la caricature d'un mouvement coordonné.

Aussi certains auteurs, jugeant insuffisante l'analyse qui pouvait être faite du mouvement choréique au simple examen, ont-ils essayé d'en préciser l'intime complexité par l'étude de films cinématographiques au ralenti. Hertz, qui a récemment poursuivi des recherches de cet ordre au laboratoire de Kleist, aboutit aux conclusions générales suivantes : Il convient de distinguer dans le mouvement choréique : 1° des mouvements isolés primitifs qui aboutissent au déplacement d'un segment de membre dans le sens d'action habituelle d'un muscle déterminé ; 2° des mouvements combinés dans lesquels intervient la mise en jeu de plusieurs muscles. Si ces derniers types de mouvements se produisent simultanément ou de façon rapidement successive dans des segments de membres plus ou moins rapprochés, ils réalisent des mouvements complexes très variables, mais qui, à l'opposé des mouvements normaux, ne présentent aucun caractère coordonné, restent sans but et sans forme. Il arrive qu'un déplacement segmentaire produit par une contraction musculaire choréique se poursuive après une pause dans la même direction. Il est plus fréquent que le segment de membre déplacé, après un temps d'arrêt sur place ou après un retour à la position initiale, se déplace dans une autre direction. Ainsi, les différents mouvements successifs s'effectuent de façon changeante, dans des directions variées permises par le jeu articulaire. Hertz aboutit ainsi à des conclusions qui lui paraissent en plein accord avec les conceptions de Lewandowsky, de Kleist, de Foerster et d'Entres qui considèrent le mouvement isolé fragmentaire comme constituant l'élément de base de l'hyperkinésie choréique.

Nous devons avouer que les examens répétés de nombreux choréiques ne nous ont pas convaincu de la possibilité de retrouver dans tous les cas ce caractère fragmentaire de l'hyperkinésie. Il nous paraît cependant nécessaire d'envisager deux groupes de faits dans les constatations fournies par l'analyse du mouvement.

1° Dans un premier groupe, les caractères de brièveté, de brusquerie et de séparation des mouvements sont nets. Il s'agit, par exemple, des secousses musculaires espacées d'une chorée de Sydenham discrète, ou de ces secousses clonicotoniques brusques, isolées les unes des autres, qu'André Thomas différencie d'un deuxième type de mouvements désordonnés, irréguliers, mouvements choréiques proprement dits.

2° Dans un deuxième groupe, les différents mouvements qui constituent, par leur succession, l'agitation choréique, se fusionnent dans une activité musculaire beaucoup plus continue. Il s'agit, par exemple, de l'instabilité de la main choréique, des mouvements lents et amples de la chorée de Huntington. Si un élément athétosique vient s'adjoindre à l'agitation choréique, l'analyse fragmentaire du mouvement est rendue encore plus difficile. L'étude de films cinématographiques pris au ralenti chez les mêmes malades ne nous a pas révélé, avec plus d'évidence, la possibilité d'une telle dissociation du mouvement en contractions musculaires élémentaires. A l'opposé de ce qu'avait pu constater Hertz, il nous est apparu que le ralenti cinématographique réalisait une fusion des mouvements successifs, donnant l'impression à la projection d'une continuité beaucoup plus nette de l'activité motrice. Une telle analyse nous porterait beaucoup plus à considérer que le mouvement choréique, bien qu'ayant perdu les grands caractères de l'acte volontaire : son but, sa coordination, bien qu'altéré dans sa forme, sa continuité, représente cependant un mouvement complexe traduisant une activité motrice de classe supérieure, et reste comparable, dans ce sens du moins, au mouvement volontaire.

B. — Aspect des mouvements suivant leur localisation

Dans la chorée aiguë généralisée, les mouvements choréiques sont susceptibles d'intéresser tout le système musculaire,

en affectant cependant le plus souvent une prédominance unilatérale. L'aspect des mouvements, suivant qu'ils intéressent les membres inférieurs, les membres supérieurs ou la face ; les manifestations oculaires de la chorée ; certains cas rares de chorée du larynx, sont décrits longuement dans les traités classiques. Nous n'en reprendrons pas l'étude dans ce travail.

C. — Troubles fonctionnels en rapport avec l'agitation choréique

Les descriptions classiques insistent longuement sur les troubles fonctionnels qu'entraîne le désordre moteur choréique, qui gêne la préhension des objets, entrave l'habileté manuelle, rend instable la station debout, la marche ou même la position assise.

Il est nécessaire de faire remarquer, dès à présent, que la production brusque des mouvements désordonnés n'est pas seule responsable des désordres fonctionnels observés. Certes, l'apparition éventuelle, au cours de la marche par exemple, d'un brusque mouvement spontané, rend suffisamment compte de ces enjambées, de ces sauts irréguliers, si fréquemment observés. Mais il est capital de mettre en valeur, comme nous aurons l'occasion d'y insister ultérieurement, le rôle joué à ce point de vue par les troubles dans l'innervation simultanée des muscles dont l'action synergique est nécessaire à la régulation du mouvement volontaire.

Il n'est pas douteux que, dans la règle, les fonctions volontaires soient particulièrement troublées dans les chorées sévères. Il ne conviendrait cependant pas d'admettre un parallélisme absolu entre l'importance de l'agitation motrice et la gravité des troubles fonctionnels. Certains cas contradictoires montrent des malades avec grosse instabilité et une coordination satisfaisante, et à l'opposé des malades très peu agités avec grosse incoordination.

D. — Variations d'intensité des mouvements sous diverses influences

Les mouvements choréiques varient d'intensité sous diverses influences.

Ils sont *calmés* dans la position couchée et surtout par le repos prolongé au lit. Ils cessent pendant le sommeil. La volonté exerce

toujours sur eux un effet inhibiteur. Si l'on examine le choréique en station verticale et qu'on lui demande de garder l'immobilité, il est rare qu'on ne puisse obtenir une sédation marquée de l'agitation motrice, mais cette influence de la volonté s'exerce avant tout sur les mouvements irréguliers, sans but, involontaires, mouvements choréiques proprement dits, qu'André Thomas distingue de certaines secousses tonico-cloniques survenant avec une fréquence variable. Ces dernières ne sont que peu inhibées par l'effort volontaire.

L'agitation choréique est au contraire *exagérée* par les émotions même légères, et en particulier l'émotion que crée l'examen médical, par la fatigue ou l'effort, par la parole et surtout l'effort intellectuel. Il est facile de mettre en valeur le rôle de celui-ci en demandant au malade de faire un calcul mental de quelque difficulté.

L'influence des mouvements actifs, de l'effort musculaire, des mouvements passifs, et des excitations extérieures de différentes sortes est plus facile à mettre en valeur dans les cas d'hémichorée, où l'agitation motrice est susceptible d'apparaitre sous forme de syncinésies ou de mouvements réflexes. André Thomas a attiré l'attention sur ces faits en 1922, chez des malades qui, après avoir présenté une hémichorée, n'étaient plus agités par le moindre mouvement choréique, en position de repos couché.

Chez une première malade, tout mouvement actif volontaire de la main ou du pied du côté sain s'accompagnait de mouvements des membres du côté malade, qui avaient une tendance à se porter en adduction et en rotation interne. Les *syncinésies* étaient encore liées aux mouvements de rotation de la tête, aux mouvements de la langue et des yeux. Des phénomènes du même ordre s'observaient lorsqu'on effectuait des mouvements passifs des membres du côté sain ou lorsqu'on avait recours à des excitations extérieures : chatouillement, piqûre, etc. Chez une seconde malade, atteinte d'hémichorée gauche, les mouvements n'apparaissaient pas à titre de syncinésies, mais étaient provoqués exclusivement par la conversation ou un certain degré d'activité ou d'excitation psychique.

E. — Perturbations du tonus

1° Hypotonie musculaire

On s'accorde généralement à voir dans l'hypotonie le fait caractéristique de l'état des muscles qui sont le siège des mouvements choréiques (Bonhoeffer, Foerster, Hay, Londe, André Thomas, Wilson). Certains neurologistes ont pourtant

émis sur ce point des opinions moins formelles (Oppenheim, Hertz).

En réalité, il est souvent difficile, dans l'étude des mouvements passifs, de conclure à l'abaissement du tonus plastique et à l'hyperextensibilité musculaire, par le palper direct des muscles ou par la recherche du jeu articulaire. Il existe, en particulier chez les enfants, à l'état normal, une certaine hypotonie qui permet de fléchir ou d'étendre un segment de membre de façon exagérée, et l'on note une certaine gamme, chez le sujet jeune, dans les variations physiologiques de tension et d'extensibilité musculaire. Il faut tenir compte, en outre, de l'élément subjectif personnel de la part de l'observateur. Ce symptôme ne devra donc être légitimement admis que s'il est particulièrement net et si, comme dans les formes unilatérales ou à prédominance unilatérale, il est possible de comparer le côté malade au côté sain. Par contre, la diminution de résistance aux forces qui agissent en sens inverse de l'action musculaire (résistance antagoniste, passivité) est beaucoup plus facilement appréciable. Cette *passivité* est aisément mise en valeur par les différentes épreuves classiques d'André Thomas.

La constatation d'un *réflexe rotulien de type pendulaire,* phénomène traduisant l'absence de contraction secondaire des muscles antagonistes, vient parfois s'ajouter aux autres signes révélant l'hypotonie musculaire. Enfin, celle-ci peut-être appréciée par certaines recherches classiques que nous ne décrirons pas ici : *signe de la main* de Babinski, *épreuve du renversement de la main, phénomène de la pronation* (A. Thomas et Jumentié, V. Neri), *signe de la pronation de la main* (Babinski). L'attitude de la *Main Choréique,* signalée par Warner et longuement étudiée par K. Wilson, paraît bien une manifestation de l'hypotonie, ainsi qu'il semble résulter du travail de R. Brain.

Dans la chorée de Sydenham, il semble que l'hypotonie soit la règle et que la passivité soit toujours évidente au cours des différentes épreuves.

Dans la chorée chronique, l'état du tonus musculaire a donné lieu à des interprétations différentes. Certains auteurs, comme Kleist, admettent l'absence d'hypotonie. Bostroem, se refusant à reconnaître une origine striée aux mouvements choréiques, pense que la localisation des lésions aux noyaux gris centraux explique cette absence d'hypotonie, au même titre que la lenteur des mouvements. Arthur S. Hamilton estime qu'il existe une exagération du tonus musculaire dans la plupart des chorées. Cependant, Lhermitte et Lamaze ont insisté sur ce fait que, dans la chorée de Huntington, la diminution du tonus musculaire pouvait être aussi accusée que dans la chorée de Sydenham, sans que soient modifiés ni le rythme, ni la lenteur des mouvements spontanés.

Lorsqu'on examine un certain nombre de chorées chroniques, il semble qu'on puisse se convaincre des faits suivants :

1° On ne constate dans aucun cas d'hypertonie permanente.

2° Il existe le plus souvent un certain degré d'hypotonie de fond, beaucoup plus modéré, semble-t-il, que dans les chorées aiguës. L'appréciation de cette hypotonie est rendue très délicate dans l'étude des mouvements passifs, du fait de l'apparition non exceptionnelle de phénomènes hypertoniques transitoires.

2° Phénomènes hypertoniques transitoires

Sur le fond habituel d'hypotonie prouvé par les différents signes que nous avons rappelés, on peut parfois dans les chorées, et bien plus souvent dans les chorées chroniques, mettre en évidence des contractures fugaces, mobiles, traduisant des renforcements passagers du tonus musculaire.

Il est nécessaire pour apporter quelque clarté à la signification de ces hypertonies transitoires décrites par les auteurs sous des termes différents, de les considérer comme les exemples particuliers de phénomènes d'ordre général, qui, en définitive, peuvent se ramener à deux types principaux : contractions produites par l'allongement du muscle, contractions produites par le raccourcissement du muscle.

a) Contractions produites par l'allongement. — Ces faits correspondent au premier phénomène décrit autrefois par Strumpell sous le terme de rigidité de fixation, plus tard par Goldflam, sous le nom de Dehnung-contraction der Antagonisten. Ils sont à rapprocher de la contraction latente des antagonistes étudiée par Babinski et Jarkowski chez le parkinsonien. Chez l'animal décérébré de Sherrington la « lenghtening réaction » est une manifestation du même ordre.

b) Contractions produites par le raccourcissement. — Ces faits correspondent au phénomène de la contraction paradoxale décrit par Westphal comme variété de la rigidité de fixation, par Salomonsen, sous le nom de Verkürzungsreflex. Ils sont représentés par les réflexes de posture locaux, de Foix et Thévenard. Chez l'animal décérébré de Sherrington, la « shortening réaction » est une manifestation du même ordre.

C'est l'ensemble de ces deux variétés de réaction du muscle à l'allongement et au raccourcissement que Strumpell désigne sous le terme de rigidité de fixation et que Foerster étudie sous le nom de tensions de fixation (Fixationsspannungen).

Les renforcements passagers du tonus musculaire observés par certains auteurs dans les chorées, correspondent à une exagération éventuelle de ces tensions réflexes de fixation.

C'est ainsi que Foerster signale qu'à côté de l'hypotonie de la chorée, les tensions de fixation, qui font défaut dans la chorée aiguë, se voient à de rares intervalles dans certaines chorées chroniques.

Kleist a observé ces innervations toniques transitoires, d'une durée de quelques secondes, au niveau des extenseurs de la cuisse et de la jambe. Köppen et Schilder ont confirmé ces faits. Hertz, dans un cas de chorée aiguë, a constaté l'existence de contractions toniques de quelques groupes musculaires isolés, qui maintenaient plus ou moins longtemps l'attitude donnée au segment de membre par le mouvement passif. C. Meyer, et Reisch, en 1926, ont pu mettre en évidence, à côté de l'habituelle diminution de résistance aux mouvements passifs, des tensions musculaires anormales provoquées par l'exploration, et Reisch, qui a particulièrement étudié ces faits, propose de désigner sous le nom de *syndrome choréique poïkilotonique* ces manifestations transitoires d'ordre hypertonique, apparaissant sur un fond d'hypotonie.

Signalons, enfin, que H. Roger a observé, chez un de ses malades atteint de chorée de Huntington, des phénomènes de cet ordre, se manifestant dans les actes imposés, comme le ballottement du pied ou de la main, par une mise en tension des extenseurs, raidissant le poignet ou le coup de pied dans cette attitude, bien qu'il existât une hypotonie manifeste dans l'exploration du jeu articulaire.

Phénomènes cataleptoïdes. — Certains auteurs veulent expliquer par des faits analogues (tensions de fixation au sens de Foerster) certaines attitudes cataleptoïdes observées parfois dans la chorée et étudiées par Kleist (1907), Mayer et Reisch (1926), par Marinesco, Kreindler et Cohen, dans un cas de chorée avec symptômes cataleptiques et flexibilité cireuse. Cette interprétation paraît discutable, si l'on veut se souvenir que, chez les catatoniques, on a pu penser que l'exagération des réflexes de posture n'expliquait pas l'attitude catatonique.

Phénomène de Gordon. — On sait en quoi consiste ce phénomène décrit par Weill, de Lyon, et retrouvé par Gordon, Bragman, Kleist, Peacock et Esner, Morquio, Wendenburg. Après avoir frappé le tendon du quadriceps, la jambe est projetée

normalement en avant par la contraction réflexe, mais elle est maintenue anormalement pendant quelques secondes en extension par une contraction tonique du quadriceps fémoral. On pourrait d'ailleurs, d'après Bragman, déterminer un phénomène analogue par percussion du tendon du triceps et du tendon d'Achille. Reisch a fait récemment une étude très approfondie de ce phénomène qui semble expliqué, en partie seulement, par un réflexe tonique d'extension apparaissant dans le quadriceps, au moment où la jambe commence à descendre après son mouvement d'extension provoqué par le réflexe tendineux.

Signe du Biceps. — Des manifestations hypertoniques du même ordre peuvent expliquer l'existence éventuelle du signe du Biceps décrit par A. Rouquier, signe que nous avons constaté dans un cas d'hémichorée qui nous avait obligeamment été adressé par cet auteur.

F. — Analyse des troubles de la coordination musculaire dans le mouvement choréique

I. Considérations préliminaires sur la coordination musculaire dans la régulation du mouvement involontaire (réflexe, automatique), et du mouvement volontaire.

Il n'est pas de mouvement, si élémentaire soit-il, qui, dans les conditions physiologiques, ne nécessite la mise en jeu de plusieurs muscles différents.

Duchenne de Boulogne a analysé, de façon magistrale, les éléments intimes de la coordination musculaire et montré que tout mouvement des membres et du tronc est « le résultat d'une double excitation nerveuse », en vertu de laquelle les deux ordres de muscles possédant une action contraire (fléchisseurs, extenseurs) sont mis simultanément en contraction, les uns (agonistes) pour produire ce mouvement, les autres (antagonistes) pour le modérer. Le rôle de l'antagoniste a été, depuis, l'occasion de discussions nombreuses et reste encore controversé, les uns depuis Galien et Sherrington soutenant que l'antagoniste vrai se relâche toujours (reciprocal innervation), les autres, depuis Duchenne de Boulogne avec Golla et Hettwer, Tilney et Pike, qu'il se contracte synergi-

quement. Un fait reste certain, qui peut être admis avec André Thomas, c'est que la contraction de l'antagoniste est calculée de façon à régler l'intensité du mouvement, et qu'elle exerce un rôle de freinage sur la contraction du protagoniste.

Si nous envisageons maintenant, non plus seulement un couple de muscles agissant sur une seule articulation (triceps et biceps par exemple), mais un groupe de muscles dont l'un exerce son action sur deux jointures, on voit, pour prendre l'exemple classique de Sherrington, qu'un mouvement simple comme la flexion de la jambe sur la cuisse par le demi-tendineux, nécessite la contraction simultanée des extenseurs de la cuisse sur le tronc, cette action étant destinée à fixer l'articulation coxo-fémorale. Les extenseurs de la cuisse agissent ici comme pseudo-antagonistes ou encore agonistes synergiques (Hering), en se contractant simultanément avec les agonistes et les antagonistes, suivant la loi de l'innervation identique.

Mais il y a lieu de faire entrer également en ligne de compte, en vue d'assurer la direction de certains mouvements, la contraction des muscles collatéraux synergiques et des muscles rotateurs synergiques ; les premiers ayant pour but d'éviter les mouvements de latéralité, les seconds les mouvements de rotation, dans le cas où le jeu articulaire permet ces mouvements.

II. Troubles de l'innervation musculaire dans le mouvement choréique spontané ou volontaire

Ces considérations nous permettront de mieux comprendre la nature des perturbations intervenant dans un désordre moteur tel que le désordre musculaire choréique.

Ces troubles, liés à une innervation défectueuse des muscles dont la contraction simultanée est réclamée par un mouvement donné, peuvent être étudiés de la même façon chez le choréique, pour le mouvement spontané et pour le mouvement volontaire.

1° *Mouvement spontané.* — Foerster, à qui nous devons une analyse très remarquable du mouvement choréique, insiste sur ce fait que la contraction musculaire choréique, lorsqu'elle aboutit à un déplacement d'un segment de membre, ne met pas en jeu les synergies musculaires que nous sommes habitués à observer dans le mouvement volontaire correspondant. Il donne cet exemple : quand nous mettons le pied en flexion dorsale, nous actionnons naturellement en même temps le jambier antérieur et l'exten-

seur commun des orteils, de façon à empêcher l'inclinaison du pied d'un côté ou de l'autre. Au contraire, dans la chorée, lorsqu'un mouvement spontané déplace le pied dans cette même direction, le mouvement se produit le plus souvent en valgus ou en varus et presque jamais en position intermédiaire normale. Des phénomènes comparables s'observent pour la flexion plantaire. Pour ne considérer donc, pour l'instant, que l'innervation des protagonistes moteurs, on peut conclure que l'incitation parvient à ceux-ci de façon dissociée.

Dans les mouvements choréiques spontanés, les mouvements synergiques de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, et d'extension du pied sur la jambe, réalisés au cours de la marche, ne s'observent pour ainsi dire jamais. Les mouvements de flexion des doigts se produisent fréquemment en même temps qu'une attitude de flexion du poignet, alors que le mouvement volontaire de flexion des doigts s'accompagne normalement d'une contraction des radiaux agissant comme agonistes synergiques en étendant le poignet. La plupart des mouvements synergiques qui accompagnent normalement le mouvement volontaire manquent donc dans les contractions musculaires spontanées des choréiques.

2° *Mouvement volontaire.* — Les mêmes perturbations s'observent chez le choréique, à l'occasion du mouvement volontaire. Il est plus facile, pour les mettre en évidence, d'obtenir du malade l'exécution d'un acte exigeant un certain effort ou d'opposer une résistance à un mouvement commandé. Demandons, par exemple, à un choréique de nous serrer la main avec force. Cet acte simple sera susceptible, en certains cas typiques, de révéler les incorrections suivantes : la flexion des doigts ne s'effectuera pas de façon immédiate et, pendant cette période de retard, le choréique mettra souvent en action des muscles inutiles ; puis il serrera notre main avec brusquerie et une force suffisante, mais ne pourra soutenir qu'un instant la contraction des fléchisseurs des doigts : nous sentirons, à plusieurs reprises, se desserrer et se resserrer son étreinte. En d'autres termes, tout se passe comme si le mouvement devait être continuellement stimulé par des efforts successifs. Le poignet du malade se placera plus ou moins brusquement en flexion, traduisant un relâchement de la contraction des radiaux qui, normalement, maintient le poignet en extension dans le mouvement énergique de flexion des doigts, et renforce ainsi l'action des fléchisseurs. Enfin, l'effort du malade se poursuivant, nous verrons l'incoordination motrice s'exagérer par l'apparition de mouvements parasites de rotation du bras, d'abduction du coude, d'élévation de l'épaule, accentuant la maladresse de l'acte commandé.

Cet exemple schématique met en lumière les divers troubles de

l'innervation des muscles, dont la contraction identique est nécessaire à la régulation du mouvement volontaire :

1° Innervation souvent retardée, parfois rapide, mais temporaire, et quantitativement inexacte de l'appareil des agonistes. Celui-ci ne reçoit pas l'influx nerveux pendant quelque temps, puis le reçoit brusquement de façon passagère, puis cesse de le recevoir de façon continue. Il y a donc absence de rapidité et de stabilité dans les innervations.

2° Absence de mise en action, ou, en tous cas, mise en action discontinue de l'appareil agoniste synergique.

3° Absence d'harmonie dans l'innervation des antagonistes, expliquant la brusquerie du mouvement dont le freinage n'est pas assuré par le jeu normal des antagonistes.

4° Apparition au cours du mouvement d'activités anormales de muscles voisins, fait qui traduit des innervations non commandées, déraillant sur les groupes musculaires voisins et déterminant des mouvements parasites qui exagèrent l'incoordination au cours du mouvement volontaire.

III. — Ces différentes perturbations dans l'innervation des muscles, dont la contraction synergique est indispensable à la régulation du mouvement, peuvent être précisées par les méthodes d'inscription graphique ou électro-myographique.

A. — Etude myographique du mouvement choréique

Kinnier Wilson, par l'inscription graphique des contractions musculaires prises simultanément pour le groupe agoniste et le groupe antagoniste (biceps, triceps par exemple), retrouve dans l'abolition de la loi d'innervation réciproque de Sherrington la perturbation caractéristique du mouvement spontané ou du mouvement volontaire choréique. Il est facile de constater sur les tracés obtenus par cet auteur, que si, en certains points, fléchisseurs et extenseurs se contractent de façon simultanée, en d'autres points un groupe musculaire se contracte sans que le groupe antagoniste entre en jeu. En outre, l'irrégularité dans la rapidité et l'amplitude des contractions successives est manifeste ; parfois, une deuxième contraction vient se greffer sur la première, etc...

Avec le Docteur Humbert, nous avons poursuivi des recherches du même ordre, en inscrivant simultanément, à l'aide d'un double tambour de Marey, les contractions des agonistes et des antagonistes, ou des agonistes et des agonistes synergiques.

1° *Dans l'étude des contractions musculaires spontanées,* nous n'avons pu prendre de tracés satisfaisants qu'en évitant l'inscription de mouvements parasites, rendue inévitable, sans précautions spéciales, par l'agitation des malades. Nous n'avons donc réalisé de bonnes conditions d'inscription, qu'en immobilisant, à l'aide d'un appareil plâtré, les articulations de l'épaule et du coude, l'avant-bras du malade étant maintenu en attitude fixe de flexion sur le bras.

Dans ces conditions, les contractions du couple de muscles biceps-triceps, qui se produisent au hasard des secousses choréiques, ne mobilisent pas le segment de membre qu'ils commandent. Par conséquent, dans l'interprétation de ces courbes, on ne peut pas ne pas tenir compte du fait qu'il ne peut se produire d'écartement ou de rapprochement des points d'insertion du muscle.

L'examen des tracés ainsi obtenus permet les constatations suivantes :

a) Les contractions musculaires isolées sont caractérisées par l'irrégularité de leur rythme et de leur amplitude.

b) L'inscription simultanée des contractions d'un couple de muscles (biceps-triceps) montre, en de nombreux points de la courbe des accidents traduisant une perturbation de la loi d'innervation simultanée agoniste-antagoniste. On constate par exemple une contraction musculaire de l'extenseur ou du fléchisseur, sans contraction synchrone de l'antagoniste, ou encore 4 contractions des fléchisseurs pour 3 contractions de l'extenseur, etc...

2° *Dans l'étude du mouvement volontaire du choréique,* on constate des perturbations du même ordre.

a) Nous avons pratiqué chez des choréiques peu agités l'inscription simultanée des contractions musculaires extenseurs et fléchisseurs des doigts au cours des mouvements volontalres correspondants. Nous avons comparé les tracés à ceux obtenus chez un sujet normal. Alors que, chez celui-ci, l'inscription du mouvement volontaire brusque ou prolongé de flexion ou d'extension traduit des contractions exactement synchrones du groupe agono-antagoniste, chez le choréique on peut faire les constatations suivantes :

1° la contraction musculaire n'est parfois pas accompagnée d'une contraction synchrone de l'antagoniste ;

2° dans le mouvement de flexion ou d'extension prolongée, la contraction musculaire s'inscrit par un tracé irrégulier, différant de la courbe continue du tétanos musculaire obtenu chez le sujet normal.

b) Nous avons pratiqué, au cours des mouvements volontaires, l'inscription simultanée des contractions musculaires du groupe

agoniste (fléchisseurs des doigts) et du groupe agoniste synergique (radiaux) chez le choréique et le sujet normal. L'étude comparative des tracés montre, là encore, chez le choréique, l'absence fréquente ou le fléchissement brusque de la contraction synergique des radiaux.

B. — Etude électro-myographique du mouvement choréique

1° Les électromyogrammes montrent, pour la contraction choréique isolée, ainsi que l'a décrit Stanley Cobb :

a) une courbe semblable dans l'ensemble à celle d'une contraction musculaire normale, mais raccourcie ;

b) l'impossibilité du tétanos constant dans la contraction volontaire du choréique ;

c) la faiblesse de la contraction musculaire prouvée par la décharge électrique amoindrie.

2° L'étude des courbes de courants d'action réalisées simultanément pour un groupe agoniste-antagoniste, grâce à l'emploi d'un galvanomètre à double corde, est beaucoup plus intéressante.

F. H. Lewy, de Berlin, a fait à ce sujet les recherches de beaucoup les plus importantes et les plus précises. Pour l'étude analytique du mouvement, il utilise un appareillage permettant de combiner l'inscription mécanique du mouvement lui-même à l'inscription des courants d'action du groupe agoniste-antagonistes entrant en jeu dans l'exécution du mouvement.

Dans la chorée, le myogramme montre le plus souvent une ascension verticale brusque avec crochet de retour sensiblement normal, mais suivis de nouveaux mouvements anormaux d'ascension et de retour qui n'aboutissent à une descente franche qu'après plusieurs hésitations. L'étude des courants d'action est très intéressante. Dans le mouvement de flexion, le courant d'action n'est visible que 24/100e de seconde après le début du mouvement, et apparaît d'abord dans l'extenseur, le courant d'action du fléchisseur n'apparaissant que 8/100e de seconde plus tard. C'est exactement l'inverse qui se produit dans les mouvements d'extension où le courant d'action du fléchisseur apparaît le premier.

Ces tracés montrent donc nettement le déréglement, dans le temps, de l'innervation du système musculaire agono-antagoniste.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE ETIOLOGIQUE

A. — Chorées aiguës infectieuses. Chorée de Sydenham

La chorée de Sydenham est le type le mieux individualisé et la variété la plus fréquente des chorées aiguës. Elle s'observe le plus souvent chez l'enfant de 6 à 15 ans. Son apparition est fréquemment en rapport avec une atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Caractères généraux des mouvements. — Rappelons seulement ici le caractère de brusquerie, l'amplitude modérée des mouvements, qui réalisent, comme y ont insisté P. Marie et G. Lévy, de petits déplacements menus, segmentaires. Il convient également de mettre en valeur la forme de certains mouvements des membres, rappelant des attitudes de spasme de torsion, avec adduction et rotation interne, c'est-à-dire dans l'ensemble un mouvement d'enroulement en dedans du membre.

Evolution. — Dans l'évolution d'une chorée normale bien traitée, les mouvements involontaires s'atténuent au bout de six semaines à deux mois, d'abord aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, enfin à la face, et disparaissent.

Mais il n'est pas exceptionnel que l'enfant garde, pendant une période de temps souvent très prolongée, des mouvements cloniques de la face et des membres qui, par leur caractère de brusquerie et leur aspect de mouvement figuré, peuvent être considérés comme des *tics post-choréiques.*

Strauss a observé, dans une proportion assez considérable, différents troubles dyskinétiques comme manifestations tardives de la chorée : tics, myoclonies, instabilité choréiforme. Ils s'accompagnent souvent d'une certaine instabilité psychique avec émotivité. Enfin, longtemps après la disparition des mouvements choréiques, les actes volontaires garderont chez l'enfant un caractère de brusquerie manifeste sur lequel a

insisté Wilson. Il convient d'insister sur de tels faits qui semblent traduire des expressions différentes de l'activité motrice de mêmes centres (corticaux vraisemblablement) ; les tics représentant, pourrait-on dire, une hyperréflectivité simple et la chorée une hyperréflectivité pathologique de ces centres.

Les *rechutes et les récidives,* déjà signalées par Sydenham, étudiées depuis par Lazzarat, sont extrêmement fréquentes dans les premières années qui suivent l'apparition de la maladie.

Pour H. Claude, il est « des cas de *chorée persistante,* déjà signalés par Rufz, G. Sée, et Huet, qui commencent avec les allures de la chorée vulgaire, mais se prolongent pendant si longtemps qu'on serait tenté de les considérer comme des cas de chorée chronique ».

Formes cliniques des chorées aiguës

A. Formes symptomatiques

1) *Selon l'intensité des mouvements.* — Certaines *formes légères* de chorées étudiées par Mosnié dans sa thèse, sont assez discrètes pour pouvoir passer inaperçues. Elles sont en tous cas difficiles à distinguer de certains états d'*instabilité choréiforme,* où, en l'absence de véritables mouvements, « on peut constater au repos l'impossibilité de l'immobilité complète » (G. Lévy).

A l'opposé, les mouvements sont intenses et généralisés dans ces *formes sévères* dont Trousseau a laissé une description saisissante et que Charcot désignait sous le nom *d'état de mal choréique.*

2) *Selon la localisation des mouvements.* — Le caractère dimidié des mouvements est souvent assez net pour légitimer le nom d'*hémichorée.*

L'hémichorée peut revêtir le type de l'*hémichorée alternante* affectant successivement et alternativement les deux côtés du corps au cours de l'évolution de la maladie.

Quant aux localisations *monoplégique* ou *alterne,* elles sont exceptionnelles. Des *chorées latentes ou partielles* ont été étudiées par Weill et Mounier (de Lyon), Baumel et Padoux (de Montpellier), les troubles moteurs se localise-

raient à certains groupes musculaires : de la langue, de la face, du cou, de la jambe...

B. Formes étiologiques

1) *Chorée d'origine encéphalitique.* — A côté des formes habituelles, l'encéphalite épidémique a pu revêtir le type de la chorée aiguë. Ce type choréiforme, décrit à Vienne par L. Dimitz, a fait depuis l'objet de nombreuses communications (Ardin Delteil et Raynaud, P. Lereboullet et Mouzon, Claude, Rose et Piédelièvre, Souques, Aviragnet, Armand Delille et P.-L. Marie). Ces formes de chorées aiguës, qui sont à différencier des mouvements choréiformes ou choréo-athétosiques observés au même titre que les autres manifestations de ce syndrome excito-moteur de l'encéphalite, bien connu grâce aux travaux de G. Lévy, de Krebs, peuvent précéder, accompagner ou suivre les manifestations habituelles de l'encéphalite : somnolence, fièvre, paralysies oculaires, syndrome algo-myoclonique. Bien qu'on ait voulu assigner quelques caractères particuliers aux mouvements de ces chorées encéphalitiques, permettant de les différencier de la chorée de Sydenham, il semble que l'étiologie de certaines chorées aiguës fébriles restera toujours discutable en l'absence de symptômes révélateurs de l'infection causale.

2) *Autres chorées infectieuses.* — En dehors du rhumatisme articulaire aigu, on a pu observer des chorées aiguës à la suite de scarlatine, de rougeole, de diphtérie, de coqueluche, de grippe, etc... Quant à l'étiologie syphilitique héréditaire ou acquise de la chorée, elle a donné lieu à des discussions pathogéniques sur lesquelles nous ne pouvons revenir ici.

3) *Chorée gravidique.* — Elle s'observe le plus souvent chez des femmes ayant présenté dans l'enfance une ou plusieurs attaques de chorée et récidive souvent à chaque grossesse successive. Selon l'expression de Barnes, « la grossesse est le témoin de la guérison de la chorée ». La chorée gravidique primitive est, par contre, exceptionnelle. La chorée apparaît le plus souvent au début de la grossesse et s'accompagne presque toujours de signes d'auto-intoxication gravidique.

Cliniquement, il s'agit presque toujours de chorée sévère

avec agitation intense. La guérison survient cependant dans la plupart des cas, soit avant l'accouchement, soit après la délivrance, ou pendant l'allaitement. Pour beaucoup d'auteurs, il semble que l'on doive soupçonner l'étiologie encéphalitique à l'origine de nombre de ces chorées gravidiques.

B. — Chorées chroniques

L'étude de ces chorées chroniques a été faite par Sainton à l'occasion d'un de ces Congrès. Récemment, Henri Roger, J. Alliez et J. Boudouresques lui ont consacré un important travail d'ensemble.

Chorée de Huntington

La chorée de Huntington est de beaucoup la forme la mieux individualisée et la plus fréquente des chorées chroniques. Elle est essentiellement caractérisée par son caractère héréditaire, son évolution chronique, par les troubles intellectuels qui l'accompagnent et aboutissent à la démence.

Certaines particularités donnent aux Huntingtoniens un air de famille qui les fait reconnaître aussitôt. Les mouvements involontaires acquièrent en effet chez eux deux caractères spéciaux qui modifient leur aspect : ils sont plus lents, ils sont plus amples. On peut dire, qu'à ce point de vue, ils sont intermédiaires à ceux de la chorée aiguë et à ceux de l'athétose. Cette impression est confirmée par l'étude des films cinématographiques, tels que nous avons pu les réaliser. La projection d'un film pris au ralenti d'une chorée de Sydenham avec agitation marquée, donne exactement l'apparence de l'agitation motrice d'une chorée de Huntington.

Nous ne pouvons nous étendre sur la description des mouvements choréiques, qui donnent à l'Huntingtonien son allure si particulière, par sa gesticulation incessante, son piétinement continuel, sa démarche évoquant vraiment l'idée de figures chorégraphiques. Son incoordination est aggravée par des mouvements de contorsion du tronc et du bassin. On observe, en outre, parfois, l'apparition d'une déformation du tronc qui s'incurve en arrière, en exagérant la lordose lombaire et reproduit l'attitude du *spasme de torsion.*

Nous ne reviendrons pas sur l'état du tonus dont nous avons

souligné les particularités dans la chorée de Huntington (v. p. 11). Il est possible de mettre en évidence, chez les Huntingtoniens l'existence de quelques troubles cérébelleux ; l'adiadococinésie en particulier est de règle. On est frappé cependant de constater que de tels malades, aux gestes désordonnés, présentent une dysmétrie modérée et exécutent d'une façon assez précise les épreuves classiques, telles que celle du doigt sur le nez.

De même, l'inhibition des mouvements choréiques au cours du mouvement volontaire permet à ces sujets de continuer pendant longtemps un métier parfois délicat. Ces faits sur lesquels avait déjà insisté Charcot, ont été observés à nouveau par Pierre Marie et plus récemment par Roger.

Variétés cliniques des chorées chroniques

Elles groupent des faits beaucoup moins bien individualisés. Nous ne pouvons que les passer rapidement en revue.

1° Formes symptomatiques

a) Avec troubles mentaux. — On peut observer, à un âge plus ou moins avancé, des mouvements choréiques persistants accompagnés de troubles psychiques rappelant la chorée de Huntington, sans qu'on puisse retrouver de caractère héréditaire. (Roger et Drapé, Daday, Abély et Bauer).

b) Sans troubles mentaux. — Ces cas comportent des faits plus rares (observations de Cornil et Richon, de Roger, Alliez et Boudouresques).

2° Formes étiologiques

a) Chorée artério-scléreuse de Foerster.

b) Chorée chronique syphilitique.

c) Chorée chronique de nature infectieuse. Il s'agit de cas exceptionnels de chorée de Sydenham passés à la chronicité (King, Chauffard, Charcot, Rivière, Euzière, Vidal, Viallefont et Bert). Il convient de rapprocher de ces chorées chroniques secondaires à une chorée aiguë, les cas de *chorée chronique intermittente* observés par Dupré et Heuyer, par Lhermitte et Cornil, et qui sont apparentés avec les chorées persistantes décrites par H. Claude.

3° Autres variétés cliniques

a) Chorée variable des dégénérés ou chorée polymorphe. — Brissaud a décrit sous ce nom « des chorées qui n'ont ni uniformité dans leurs manifestations actuelles, ni régularité dans leur évolution, ni constance dans leur durée. Elles vont et viennent, augmentent et diminuent alternativement, cessent tout d'un coup, réapparaissent un jour, disparaissent de nouveau, avec des mouvements tantôt brusques, tantôt lents, sans localisation prépondérante ».

Ces chorées sont compliquées souvent de tics, d'écholalie, de coprolalie, ne s'observent que chez des dégénérés, comme le prouve chez eux l'existence de târes physiques et intellectuelles.

b) Chorée chronique non progressive (observations de Dupré, de Laignel-Lavastine, Crouzon, Crouzon et Laroche, Dufour, Lhermitte et Bourguina).

c) Chorée subaiguë des vieillards. — Ces formes décrites par H. Claude semblent relever de l'encéphalite léthargique.

C. Hémichorées symptomatiques

1) Chorées dans les encéphalopathies infantiles

Si l'on excepte, d'une part, certains cas exceptionnels de *chorée généralisée congénitale,* signalés par Pritchard, puis étudiés par Weir Mitchell, Freud, Gilbert Ballet et Dupuy de Saint-Florent, Swinghedauw, d'autre part, le syndrome de la *chorée double,* qui constitue une entité clinique rare, mais présentant la même autonomie que l'athétose double ; on peut dire que, dans tous les cas, les mouvements choréiques constituent le symptôme accompagnateur habituel des hémiplégies cérébrales infantiles.

Dans la règle, les troubles moteurs apparaissent, soit comme conséquence d'un traumatisme obstétrical, soit après une maladie infectieuse qui s'est traduite par des convulsions et des phénomènes méningés. Cet épisode infectieux est suivi, le plus souvent, d'hémiplégie plus ou moins accentuée. Plusieurs semaines ou plusieurs mois après seulement, apparaissent, du côté malade, des mouvements involontaires. Il existe donc toujours un intervalle de temps entre l'époque des accidents

infectieux et la date d'apparition de l'hémichorée ou de l'hémiathétose (phénomène de diaschisis de Von Monakow).

Le désordre moteur est de type et d'intensité très variables, suivant les cas. Il est fréquent d'observer, chez le même malade, une combinaison de mouvements associant par exemple un tremblement rythmique des doigts, des mouvements athétoïdes et des mouvements brusques de grande amplitude survenant par décharges successives.

Aux mouvements choréiques s'associent les symptômes habituels de l'hémiplégie cérébrale de l'enfance. Il n'existe en général pas de grosse diminution de la force musculaire et, dans la règle, les malades peu hémiplégiques sont très choréiques, ou très athétosiques, et inversement.

L'hypertonie est habituelle, donnant lieu le plus souvent à des déformations, en flexion excessive de la main, en varus equin du pied. Cette contracture est intermittente, s'exagérant passagèrement par la production de spasmes mobiles qui se surajoutent à l'instabilité motrice choréique. Les modalités suivant lesquelles s'associent ces troubles moteurs ont été étudiées par Freud et Rie, qui distinguent, à ce point de vue, quatre éventualités : 1° parésie spastique avec chorée tardive ; 2° forme mixte (apparition simultanée) ; 3° forme de transition (hémichorée d'un membre, hémiparalysie de l'autre) ; 4° parésie choréatique (chorée d'emblée).

2) Hémichorées hémiplégiques de l'adulte

Nous n'insisterons pas sur la date d'apparition des mouvements choréiques qui peut suivre l'hémiplégie au bout de quelques mois (hémichorée post-paralytique), précéder l'hémiplégie (hémichorée pré-paralytique), ou être contemporaine de celle-ci, et étudierons avant tout le caractère du désordre moteur, dans les différents syndromes topographiques :

1° *Syndrome thalamique.* — Les mouvements choréo-athétosiques sont un des symptômes habituels du syndrome de Déjerine-Roussy. Ils se limitent le plus souvent à la main du côté atteint, où ils affectent le type d'une instabilité choréique discrète. Sur cette instabilité motrice apparaissent, de temps à autre, par décharges de quatre à cinq secousses successives, des mouvements cloniques plus brusques et de quelque amplitude.

Les mouvements involontaires contribuent à réaliser l'aspect si particulier de la *main thalamique.* Dans l'attitude du serment, les doigts se disposent sur des plans différents en position d'extension, marquée surtout pour les deuxième et troisième phalanges. Ils sont animés de mouvements crampoïdes avec attitudes athétoïdes et quelquefois de secousses choréiques brusques. L'instabilité motrice de la main s'exagère par une sorte de syntonie d'automatisme (Roussy et Cornil), lorsqu'on fait serrer la main du côté opposé.

2° *Syndrome cérébello-thalamique. Syndrome thalamo-hypothalamique, syndrome du carrefour hypothalamique.* — A côté du syndrome thalamique, on a pu décrire des syndromes voisins, parmi lesquels G. Guillain et Alajouanine ont individualisé un type particulier, sous le nom de syndrome du carrefour hypothalamique. Ces variétés cliniques se différencient du syndrome de Déjerine-Roussy par deux ordres de faits, l'un inconstant : absence de troubles subjectifs de la sensibilité, l'autre constant : existence de signes cérébelleux.

Dans ces syndromes, les mouvements involontaires sont souvent plus intenses que dans le syndrome thalamique pur. Ils affectent parfois un caractère rythmique (Chavany, Worms et Thiébaut). En outre, alors que, dans le syndrome thalamique, les mouvements intentionnels ne mettent en valeur qu'une hémiataxie très discrète, on constate ici des troubles cérébelleux d'une intensité le plus souvent remarquable. Dans les observations de Foix et Bouttier, de Clovis-Vincent, de Conos, de Pierre-Marie et Foix, de Thiers, de Guillain et Alajouanine, de Crouzon, Christophe et Desoille, il existait une dissociation très caractéristique de la symptomatologie cérébelleuse entre les troubles de la coordination et une hypotonie très marqués, d'une part, et les troubles de la statique à peu près nuls, d'autre part.

3° *Syndrome du noyau rouge. Syndrome de Bénédikt.* — On sait que la description de Moritz Bénédikt, en 1889, avait permis d'individualiser un type clinique pédonculaire caractérisé par une paralysie de la troisième paire d'un côté, une hémiplégie avec hémicontracture et mouvements involontaires spontanés du côté opposé.

A côté de ce syndrome de Bénédikt, on décrivait de façon distincte des syndromes supérieur et inférieur du noyau

rouge, les mouvements involontaires ne s'observant que dans le syndrome supérieur, à forme trémo-choréo-athétosique (sans paralysie du M.O.C.).

Dans leur travail fondamental de révision du syndrome de Bénédikt, Souques, Crouzon et I. Bertrand montrent que ce syndrome est en réalité lié, dans tous les cas, à une destruction totale ou partielle du noyau rouge. Préférant à une division anatomique, une classification reposant sur des bases cliniques, ces auteurs distinguent les variétés suivantes de syndrome du noyau rouge.

1° Syndrome alterne du noyau rouge (avec paralysie de la IIIe paire) :

a) il correspond au syndrome de Bénédikt avec mouvements involontaires spontanés ;

b) avec hémiasynergie, c'est-à-dire sans mouvements spontanés (type Claude).

2° Syndrome controlatéral du noyau rouge (sans paralysie de la IIIe paire) :

a) avec mouvements involontaires spontanés ;

b) avec hémiasynergie.

Suivant cette classification, les mouvements choréiques involontaires seraient donc susceptibles d'être observés au cours d'une lésion du noyau rouge avec ou sans paralysie oculaire, réalisant ainsi le syndrome de Bénédikt ou le syndrome contro-latéral avec mouvements involontaires.

Deux faits doivent être ici mis en valeur : d'une part, la variabilité des mouvements chez des malades différents, qui, aux deux extrêmes, présentent un tremblement rythmé parkinsonien ou des mouvements de grande amplitude de l'hémiballisme, d'autre part, la combinaison fréquente, chez un même malade, de différents types d'agitation motrice : tremblement, choréo-athétose. Un fait constant, dans ces syndromes du noyau rouge, est l'exagération de l'agitation motrice à l'occasion des mouvements volontaires. Ceux-ci provoquent un désordre moteur fait de grandes secousses à caractère plus ou moins régulièrement rythmé, de grande amplitude, beaucoup plus étendues et incoordonnées que le plus accentué des tremblements intentionnels, terme dont on qualifie souvent cette hyperkinésie apparue à l'occasion du mouvement.

Hémiballisme

Parmi les hémichorées se présentant à l'état pur, la variété la plus importante est réalisée par l'hémichorée intense à début brusque et à évolution rapidement fatale, pour la dénomination de laquelle Jakob a remis en valeur le terme, employé autrefois par Kussmaül, d'hémiballismus. Cette variété d'hémichorée n'est bien connue que depuis quelques années ; tout son intérêt, comme nous le verrons plus tard, réside dans le fait de la stricte localisation de la lésion qui la conditionne, à une zone très limitée de la région sous-thalamique : le corps de Luys. Les premiers cas nets d'hémiballisme ont été publiés en 1910 par Von Economo (d'après Fischer) et par Fischer en 1911. Depuis, nos connaissances sur ce sujet se sont enrichies des observations de Jakob, de Pette en 1923, de Spatz, Matzdorf, Purdon Martin, Wenderowic, en 1927, de Ch. Jakob, Santha en 1928, de Pelnar et Sikl en 1929, de Balthasar, Helge Wulff en 1932, de Grigoresco et Axente, Sjogren, Jermutowicz, Bertrand et R. Garcin en 1933.

Il convient de rapprocher de ces faits, les observations d'hémichorée post-apoplectique du type de celles publiées par Bonhoeffer, Lewandowsky et Stadelmann, de Bremme, et que Purdon Martin, dans son mémoire fondamental du Brain (1927), range peut-être à tort dans les cas d'hémiballisme ; ou encore les observations de Touche, Chavany, Niessl von Mayendorff, Lhermitte et Mugnier, Lhermitte et Dupont, Mlle Springlowa, Lhermitte, de Massary et R. Albessard, qui concernent des hémichorées violentes à début apoplectique. Celles-ci, soit du fait de symptômes traduisant des lésions des régions voisines (cérébelleuses ou thalamiques, en particulier), soit du fait d'une évolution moins rapidement fatale, s'écartent de la symptomatologie pure de l'hémiballisme.

Celui-ci est caractérisé avant tout par une hémichorée excessive et désordonnée. Les mouvements involontaires unilatéraux présentent des caractères de brusquerie, de grande amplitude et de violence qui ne sont observés dans aucun autre syndrome choréique. Les mouvements, plus marqués au niveau des membres, intéressent également la tête et le cou. Brusques, illogiques, dysmétriques, ils présentent les caractères généraux des mouvements de la chorée banale, mais, à l'opposé de ceux-ci, ils occupent également la racine du mem-

bre : le bras, la cuisse sont animés de mouvements amples et violents, de torsion, d'élévation et d'abduction. Parfois s'y ajoutent des mouvements athétosiques de la main avec enroulement du bras en hyperpronation. C'est une véritable folie musculaire unilatérale que le malade peut à peine, avec effort, modérer quelques secondes. Souvent, il arrive à immobiliser son membre supérieur en le plaçant sous sa tête. Parfois, il se couche sur le côté, comme pour terrasser et maîtriser la furieuse agitation d'une moitié de son corps. Le désordre moteur s'exagère dans les mouvements intentionnels, il cesse pendant le sommeil, sauf dans certains cas (Jakob) où les mouvements persistent quelque temps chez le malade endormi.

La force musculaire est parfois légèrement diminuée chez ces malades, mais la motilité est conservée. On constate enfin toujours une hypotonie manifeste du côté de l'agitation choréique. Il est nécessaire d'ajouter que cette hémichorée violente s'accompagne toujours de troubles psychiques (excitation avec confusion mentale), sur lesquels ont insisté plusieurs auteurs et tout récemment encore Garcin et Bertrand. Ils étaient nets dans les cas de Von Economo, Jakob, Matzdorff, P. Martin, nous les avons personnellement constatés dans un cas d'hémiballisme observé dans le service de notre maître, le Docteur Crouzon.

L'évolution de l'hémiballisme est tout à fait caractéristique, le début est toujours brusque, à la manière d'un ictus, et la mort survient en quelques semaines au plus, le plus souvent due aux suites d'une complication pulmonaire.

D. Mouvements choréiformes

Des mouvements choréiques peuvent s'observer éventuellement dans un très grand nombre d'affections touchant le système nerveux.

Méningites. — Des mouvements choréiques peuvent apparaître au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse (Henoch, Dreyfous, Thalamon, Boucarut, Boeff, Babonneix et Paisseau, Nobécourt et Rivet, Massalongo, Brelet et Chevillard); plus rarement au cours des méningites aiguës (Babonneix, Lépine, Giraud et Rebattu).

Paralysie générale. — Pour Euzière et ses collaborateurs, pour Yévrémovitch, il y a lieu de distinguer trois groupes de faits :

1° Les paralysies générales typiques compliquées de mouvements choréiques (paralysie générale choréiforme).

2° Les hémichorées consécutives à des ictus chez des paralytiques généraux.

3° Les cas de coexistence fortuite de paralysie générale et de chorée.

Tumeurs cérébrales. — Ces faits ont été étudiés par Gonnet (de Lyon) dans sa thèse, ils concernaient des tumeurs intéressant le plus souvent la calotte protubérantielle et la région de la couche optique, plus rarement, le noyau lenticulaire ou la zone motrice, succédant alors souvent à des crises jacksoniennes. Depuis la thèse de Gonnet, quelques cas nouveaux ont été rapportés par Libert, Mac Leade, Ferry, Cadoré et Fairise.

Les connaissances que nous devons aux progrès réalisés depuis quelques années dans le domaine neuro-chirurgical, permettent de considérer ces faits comme d'une extrême rareté.

Traumatismes encéphaliques. — Les mouvements choréiformes ont été parfois signalés à la suite de violentes commotions cérébrales ou chez des sujets à proximité desquels ont eu lieu des explosions (G. Guillain). O. Crouzon a observé un cas d'hémichoréo-athétose persistante après électrocution.

Intoxication par l'oxyde de carbone. — L'apparition de mouvements choréiques au cours de l'intoxication par le CO (Willy Sachs) est intéressante à noter. On connaît, en effet, l'action élective du CO pour les noyaux gris centraux.

Poliomyélite antérieure aiguë. — Pour Netter et Ribadeau-Dumas, il existerait des paralysies infantiles choréiques, semblant bien en rapport avec des formes méningées ou cérébrales de la maladie.

Affections familiales du système nerveux. — Rappelons enfin les faits d'instabilité choréiforme observés dans certaines affections familiales du système nerveux (maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse en particulier).

TROISIEME PARTIE

ETUDE PATHOGENIQUE

Nous avons déjà insisté sur la nécessité de ne juger satisfaisante l'explication pathogénique d'un désordre moteur comme le mouvement choréique, que si elle fournit une solution exacte aux trois problèmes suivants :

1° Quels sont les appareils dont l'adultération représente la cause initiale, déclenchante du désordre moteur constaté.

2° Quels sont les centres moteurs et les voies efférentes dont la mise en jeu est responsable du mouvement involontaire ?

3° Par quel mécanisme physio-pathologique une lésion irritative ou destructive aboutit-elle à libérer l'activité spontanée de ces centres moteurs responsables du mouvement ?

La solution du premier problème trouve ses données dans l'étude des faits anatomo-cliniques et expérimentaux.

La solution des deux derniers ne saurait être encore apportée avec certitude, elle n'est donnée jusqu'ici que par des théories pathogéniques sur lesquelles l'accord est loin d'être réalisé.

A. — Les faits anatomo-cliniques

La connaissance des circonstances étiologiques nombreuses dans lesquelles peuvent s'observer les mouvements choréiques, laisse prévoir que des expressions anatomiques très dissemblables traduiront nécessairement des faits cliniques si variés et présenteront, suivant les cas, une valeur très inégale au point de vue pathogénique. Nous envisagerons trois groupes principaux de faits anatomiques.

I. Lésions diffuses des chorées aiguës infectieuses

Les chorées aiguës infectieuses, la chorée de Sydenham en particulier, traduisent une encéphalite aiguë légère évoluant dans la règle vers la guérison. Les examens anatomiques, nécessairement rares, indiquent le plus souvent une diffusion extrême des lésions et n'apportent aucun argument formel

en faveur du rôle joué par tel ou tel système à l'origine du désordre moteur choréique.

Un certain nombre d'études anatomo-cliniques récentes, poursuivies avec toute la précision que leur confèrent les procédés modernes d'examen histo-pathologique, ne permettent cependant de conclure qu'à des associations ou tout au plus à des prédominances lésionnelles.

Les observations de Méry et Babonneix (1908), de Delcourt et Sand (1908), de Claude et Lhermitte, de J. Lépine, Girard et Rebattu (1911), de Pierre Marie et Trétiakoff, de Moreau dans sa thèse (1922), de Cartier, de Greenfield et Wolfsohn, permettent à ces auteurs des constatations en faveur d'une localisation prépondérante des lésions au niveau de l'appareil des noyaux gris centraux et pour certains au niveau de leurs segments putamino-caudés ou néo-striatum.

Cette prédominance d'atteinte est déjà beaucoup moins évidente dans l'observation (1930), de Lhermitte et Pagniez, où des lésions importantes s'observaient également au niveau du noyau dentelé du cervelet et au niveau du cortex cérébelleux, et dans l'observation de Van Gehuchten qui mettait en valeur, en dehors des lésions corticales relativement discrètes, une atteinte plus marquée du système opto strié et du système réticulo-cérébello-rubrique.

Les constatations anatomiques de J. Tinel (1914), de Harvier et Levaditi, de Harvier et Decourt, de Slauk, de Pierre Marie, Bouttier et Trétiakoff, de Schuster, de G. Fiore, autorisent beaucoup moins encore à conclure au rôle essentiel des altérations des noyaux gris centraux, les lésions se révélant aussi intenses, dans beaucoup de ces cas, au niveau du cortex.

Plus contradictoire encore, l'étude anatomique faite par Levaditi d'un cas de chorée aiguë mortelle observée par Loederich, Mamou, Beauchesne et Vaisman, révélait des lésions exclusivement localisées à l'écorce des régions pariétales, temporales et occipitales et permettait à Boujenah, dans sa thèse, d'envisager le rôle exclusif du cortex dans la pathogénie de la chorée aiguë.

II. Lésions dégénératives systématisées des chorées chroniques

Les renseignements fournis par l'étude des lésions de la chorée chronique, qu'il s'agisse de chorée héréditaire de Huntington ou de chorée sans troubles psychiques, sont beaucoup plus valables, puisque nous nous trouvons ici en présence d'altérations progressives, dégénératives et atrophi-

ques, assez considérables pour être déjà macroscopiquement appréciables, et affectant surtout, dans leur topographie, un caractère de systématisation.

1. *Chorée héréditaire de Huntington*

La connaissance précise du tableau anatomique de la chorée de Huntington est de date récente, bien que depuis longtemps déjà les recherches de Lannois et Paviot, Margulis, Kölpin, Fuller et Lowel, Bonfigli, Oppenheim et Hoppe, Modena, Frotscher aient eu pour but d'en préciser la modalité. Anglade attire le premier l'attention sur l'importance des altérations du corps strié. Jelgersma, Alzheimer, Kleist et Gusta Kisselbach, Dunlop, Pfeiffer précisent le caractère d'électivité lésionnelle au niveau des noyaux gris centraux.

Cependant, les acquisitions les plus précieuses sur cette question sont, sans conteste, celles que nous devons aux recherches poursuivies par Pierre Marie et Lhermitte. A la suite de leurs travaux, ces auteurs aboutissent à cette conception que : « *la dégénération atrophique cortico-striée* » constitue le substratum anatomique de la chorée chronique de Huntington. Celui-ci consiste, en effet, en un processus dégénératif et atrophique sis en partie dans l'écorce cérébrale, en partie dans le corps strié. Dans le corps strié, le processus dégénératif, de caractère abiotrophique, prédomine, de façon saisissante, sur les formations néo-striées ou striatum, représentées par le noyau caudé et le putamen. Le globus pallidus est légèrement diminué de volume et on ne constate pas de dégénérescence des fibres dans les voies d'association strio-thalamiques, ni dans l'anse lenticulaire. Au niveau du cervelet, les cellules de Purkinje sont diminuées de nombre, enfin le thalamus est le siège de légères lésions de dégénérescence.

On peut trouver, dans un travail récent de Tokay, un rappel détaillé des observations anatomiques de ces dernières années. Toutes montrent la constance des altérations décrites par P. Marie et Lhermitte. A l'occasion de l'étude d'un cas personnel, Tokay insiste cependant sur l'extension des lésions du striatum aux formations annexes : pallidum, corps de Luys, noyau rouge, sur la participation marquée du cervelet au processus dégénératif et sur la prédominance des altérations corticales au niveau de la 3ᵉ couche cellulaire.

2. *Chorées chroniques sans troubles mentaux*

Dans leur conception anatomique de la chorée de Huntington, expression d'une lésion progressive à double polarité : cortico frontale et striée, P. Marie et Lhermitte insistaient sur ce fait, qu'il ne convenait pas de conclure à un parallélisme étroit entre les

altérations des noyaux lenticulo-caudés et celles du cortex. Bien plus, ces auteurs pensaient que les troubles de la motilité devaient être mis sur le compte exclusif de l'atteinte du striatum, tandis que les lésions corticales expliquaient les troubles psychiques plus ou moins importants observés chez ces malades.

Cette manière de voir semble trouver une confirmation dans les faits étudiés par C. et O. Vogt. Ces auteurs établissent qu'une affection pure du corps strié touchant le noyau caudé et le putamen, mais épargnant le globus pallidus, peut aboutir à un tableau de chorée progressive sans démence. D'autre part, Bielchowsky a pu montrer que, dans deux cas de chorée chronique sans troubles mentaux, les lésions corticales faisaient défaut. Les lésions anatomiques se limitaient à une nécrose élective des cellules ganglionnaires du noyau caudé et du putamen.

Tout récemment Alcock, dans ses études sur l'anatomie pathologique des chorées chroniques progressives sans troubles mentaux, confirme que celles-ci présentent, au niveau des noyaux de la base, les mêmes altérations que la chorée de Huntington, mais que les altérations corticales ne peuvent être retrouvées.

3. *Chorée chronique artério-scléreuse. — Chorée chronique sénile*

Les localisations lésionnelles sont, dans ces formes, tout à fait comparables à celles de la chorée de Huntington, mais leur nature est différente. Il ne s'agit pas là d'un processus dégénératif atrophique, mais d'un état lacunaire produit par la sclérose artérielle des vaisseaux se rendant au néo-striatum. Marinesco et Nicolesco insistent sur l'atteinte prédominante du noyau caudé et du putamen dans cette chorée sénile, mais montrent qu'il existe, à un moindre degré, des lésions du cortex cérébral et du cervelet et même du locus niger et de la moelle.

Pour Neustaedter, dans la chorée sénile des déments artério-scléreux, les lésions sont multiples : altérations cellulaires du lobe frontal et du gyrus, lésions athéromateuses du thalamus, du noyau rouge, des olives, du noyau caudé et du putamen.

III. Lésions en foyers des hémichorées

1) *Syndrome thalamique et syndrome cérébello-thalamique.* — 1° Déjerine et Roussy décrivent, à l'origine de leur syndrome, une lésion vasculaire toujours identique à elle-même. Elle intéresse le segment postérieur et externe de la couche optique, détruit la plus grande partie des noyaux externe et interne, empiétant souvent sur le noyau médian en avant, sur le pulvinar en arrière. Presque toujours, elle vient, en

outre, sectionner la partie postérieure du segment postérieur de la capsule interne. Parfois, elle atteint, en dehors, la partie postérieure du noyau lenticulaire.

2° Dans les syndromes cérébello-thalamiques, il semble nécessaire d'envisager deux groupes de faits anatomo-cliniques :

a) Un premier groupe est représenté par des lésions étendues, à la fois, à la couche optique, à la région sous-optique et à l'efflorescence du pédoncule cérébelleux supérieur. Les faits rapportés par Clovis Vincent, Conos, Long, rentrent dans cette variété.

b) Un deuxième groupe est représenté par les faits décrits sous le nom de syndrome du carrefour hypo-thalamique par G. Guillain et Alajouanine. Il est très vraisemblable que la preuve anatomique formelle doive être faite pour ces cas de l'atteinte de la région hypo-thalamique à l'exclusion de l'atteinte de la couche optique.

2) *Syndrome de Bénédikt. Syndrome du noyau rouge.* — 1° Dans leur étude de révision du syndrome de Bénédikt, Souques, Crouzon et Bertrand reprenant l'ensemble des observations anatomo-cliniques de la littérature, ont montré que ce syndrome était constamment en rapport avec une atteinte du noyau rouge, à l'exclusion de toute altération des voix pyramidales.

L'autopsie de leurs cas montrait ainsi l'existence d'une lésion nécrotique de l'hémicalotte pédonculaire droite portant exclusivement sur le noyau rouge. Cette lésion avait déterminé, entre autres dégénérescences, une dégénérescence rétrograde du pédoncule cérébelleux supérieur et de l'hémisphère cérébelleux correspondant. Dans les cas de Pierre Marie et Guillain, de Raymond et Cestan, de H. Claude, la lésion essentielle consistait encore en une destruction du noyau rouge avec atrophie rétrograde du pédoncule cérébelleux supérieur.

Reprenant l'étude des différents faits anatomo-cliniques de la littérature, Souques, Crouzon et Bertrand concluent que sur 13 cas étudiés, dont trois cas seulement avaient été publiés cliniquement sous le nom de Syndrome de Bénédikt (cas de Bénédikt, Astros et Hawt Korn, Souques, Casteran et Baruk), quatre cas ne permettent pas de conclusion précise (Bénédikt, Archambault, Hénoch et Grawitz, Bouveret et Chapotot), neuf cas montrent une atteinte isolée de la calotte pédonculaire et précisent l'existence d'une des-

truction partielle ou totale du noyau rouge, au niveau duquel sont atteintes les voies cérébelleuses à la fin de leur trajet cérébello-rubrique.

2° Les observations anatomo-cliniques se rapportant au syndrome supérieur du noyau rouge sans atteinte de la troisième paire, avec mouvements involontaires contro-latéraux, confirment, là encore, la constance d'atteinte du noyau rouge, entraînant la dégénération rétrograde du pédoncule cérébelleux supérieur (Bloch et Marinesco, Greiwe, Ceni).

3° Dans le syndrome inférieur du noyau rouge ou syndrome de Claude, caractérisé par des phénomènes alternes, sans mouvements involontaires spontanés, il est frappant de constater la même altération constante du noyau rouge, comme en font foi les observations de Mendel, de Ramey, de Krafft Ebing, de Dausset et Raviart, de Raymond et Cestan, de Gordon Holmes, de H. Claude.

4° Certains faits anatomo-cliniques représentent des cas intermédiaires au syndrome supérieur du noyau rouge et au syndrome thalamo hypo-thalamique. L'autopsie montrait par exemple, dans l'observation de Chiray, Foix, Nicolesco, l'existence d'un foyer de ramollissement qui détruisait la partie antéro-supérieure du noyau rouge et se poursuivait dans les noyaux interne et externe du thalamus.

3) *Hémiballisme. Syndrome du corps de Luys.* — La lésion anatomique responsable de cette variété si particulière d'hémichorée est représentée par un foyer très limité de la région sous-optique intéressant en particulier le corps sous-thalamique de Luys.

Dans l'observation de Von Economo, l'autopsie révélait l'existence d'un foyer hémorragique de la dimension d'un noyau de cerise, intéressant le tegmentum, la substance noire, la région sous-thalamique et le corps de Luys. La couche optique était séparée du foyer par le faisceau lenticulaire de Forel. Dans le cas de Fischer, le foyer hémorragique était limité exactement au corps de Luys qui était entièrement détruit. A. Jakob publie, dans son ouvrage sur les affections extra-pyramidales, un cas d'hémiballisme avec foyer hémorragique récent détruisant complètement le corps de Luys. Pette trouve à l'autopsie d'une hémichorée terminée par la mort au bout d'un mois, chez une femme opérée trois ans auparavant d'un cancer du sein, un nodule cancéreux métastatique, de la grosseur d'un pois, situé au milieu de la région sous-thalamique. La couche optique, le corps strié, le noyau rouge, le pédoncule cérébelleux supérieur étaient indemnes. Dans une observation clinique, rapportée au Congrès d'Innsbruck, en 1924,

A. Jakob avait, sur la constatation d'un hémiballisme gauche chez une femme de 80 ans, songé à la probabilité d'une lésion du corps de Luys. L'examen anatomique, fait ultérieurement par Matzdorff, vint confirmer cette hypothèse, par la constatation d'un petit foyer de ramollissement hémorragique limité au corps de Luys, du côté droit. La lésion respectait les parties médiane et latérale de ce corps sous-thalamique, les fibres des faisceaux de Forel, et de l'anse lenticulaire. Purdon Martin, dans son mémoire, rapporte une observation personnelle d'hémiballismus expliquée, à l'autopsie, par un foyer hémorragique exclusivement limité au corps de Luys du côté opposé. Ce foyer, de la grosseur d'un pois, occupait, exactement, au-dessus et en dehors du locus niger, la concavité du pied du pédoncule, était limité en dehors par l'origine du pied du pédoncule, en dedans par l'anse lenticulaire, en haut par la zona incerta, le faisceau de Vicq d'Azir et la partie récurrente de l'anse lenticulaire. Seule une minime partie du corps de Luys était respectée à la partie dorsale et externe du foyer. Celui-ci occupait également le faisceau H2 de Forel, ainsi qu'une minime partie de la zona incerta. Par l'étude des dégénérations secondaires, P. Martin put constater l'existence d'un faisceau de fibres dégénérées situées entre le noyau rouge et le ruban de Reil, en arrière de la substance noire.

L'étude anatomique faite par Wenderowic d'un cas d'hémiballisme, montrait un petit foyer de ramollissement en forme de fer à cheval qui détruisait une très petite partie du corps sous-thalamique, la partie attenante de la capsule interne et du pied du pédoncule. Sur la face latérale du foyer, il existait une cavité plus grande que lui, occupant les segments latéraux du bras postérieur de la capsule interne qui touche au globus pallidus. Cette cavité pénétrait quelque peu dans le segment ventral du globus pallidus. L'anse lenticulaire était indemne.

Dans l'observation de R. Garcin et Bertrand, l'examen anatomique montrait, dans la région sous-thalamique, du côté opposé aux mouvements involontaires, une fragilité myélinique toute spéciale localisée à la zona incerta et plus bas au corps de Luys.

Il ressort donc nettement de la presque totalité des observations anatomiques, qu'une lésion macroscopique le plus souvent hémorragique ou malacique détruisait le corps sous-thalamique du côté opposé à l'hémiballismus. Sur 13 cas rassemblés dans la littérature par Garcin et Bertrand, on pouvait noter huit cas d'hémorragie, quatre ramollissements, un tubercule.

4) *Hémichorées par atteinte localisée du striatum.* — Certains faits anatomo-cliniques (Anton, Liepmann, C. et O.

Vogt, Jakob, Austrégésilos et Gallotti, Conos, Lhermitte et Cornil) semblent prouver qu'une lésion importante isolée du striatum est susceptible de déterminer un syndrome d'hémichorée croisée.

5) *Syndromes choréiques par atteinte localisée du lobe frontal.* — Il est classique de citer les deux observations de Bériel (1921) montrant l'importance des lésions corticales dans le déterminisme de la chorée.

Le premier cas concernait une hémichorée suivie d'hémiplégie, chez une femme atteinte de rétrécissement mitral ayant déjà provoqué une gangrène embolique du membre inférieur. A l'autopsie on trouve, dans l'hémisphère droit, un foyer de ramollissement hémorragique d'origine embolique dans la pointe du lobe frontal, qui s'étend jusqu'aux circonvolutions rolandiques. Le deuxième cas concernait un enfant de 9 ans atteint de chorée aiguë et mort subitement. A l'autopsie, on trouve deux tubercules de la grosseur d'une noix situés, de façon symétrique, dans les lobes frontaux.

B. — Les faits expérimentaux

I. Expérimentations sur les corps striés

1° *Résultats obtenus par l'excitation ou la destruction des corps striés.* — Ce sont les recherches si importantes et si précises de Kinnier Wilson sur l'anatomie et la physiologie des corps striés qui inaugurent la période moderne d'expérimentation sur les noyaux gris centraux.

Dans son ouvrage classique (An Experimental Research into the Anatomy and Physiology of Corpus Striatum 1914) Wilson ne se dissimule pas tout d'abord les difficultés considérables que présente expérimentalement la réalisation d'excitation et de destruction limitée des corps striés. A l'opposé de l'écorce cérébrale, dont il est facile d'atteindre de façon précise des régions localisées, les ganglions, profondément situés et enveloppés d'un manteau épais de substance blanche, sont difficilement abordables, si l'on veut du moins éviter de léser en même temps les régions cérébrales voisines. C'est ce qui explique, pour Wilson, les résultats souvent contradictoires des premiers expérimentateurs (Flourens, Magendie, Longet, Nothnagel, David Ferrier, Prus, Bechterew).

Les travaux de Wilson, pratiqués sous l'égide de Horsley, furent exécutés avec la technique la plus minutieuse (lésions électrolyti-

ques d'après la méthode de Horsley et de Clarke sur des singes servant d'animaux d'expériences).

L'animal étant soumis à la narcose profonde, l'électrode est enfoncée, après repérage, dans le corps strié. Wilson faisait d'abord une tentative d'excitation puis provoquait des lésions électrolytiques destructives bien limitées du putamen et du globus pallidus. 1° Les résultats des expériences d'excitation furent complètement négatifs et jamais Wilson ne constata de mouvements quand la capsule interne n'était pas atteinte. 2° Il en fut de même pour les expériences de destruction, après lesquelles les animaux survécurent et purent être observés plusieurs mois avant d'être sacrifiés ; jamais il ne fut donné d'observer de symptômes moteurs et en particulier de mouvements involontaires. Les résultats des expériences de Wilson étaient donc en opposition avec ceux des physiologistes qui, comme Ferrier et Bechterew avaient, chez le chien notamment, obtenu du côté opposé du corps, des réactions motrices par excitation d'un corps strié.

On pouvait objecter aux résultats fournis par Wilson : d'une part que les expériences avaient toujours porté sur un seul corps strié et, d'autre part, que les lésions parfaitement localisées n'atteignaient pas, d'après les constatations faites à l'autopsie de l'animal, une aussi grande étendue que le réalisent certains syndromes pathologiques progressifs.

F.-H. Léwy (de Berlin) pratiqua donc chez le singe des destructions bilatérales des corps striés. Ces destructions furent réalisées par l'excision simple au bistouri. Léwy confirme les résultats obtenus par Wilson, en ce sens qu'une lésion unilatérale du corps strié ne détermine jamais de symptômes moteurs. Par contre, ces expériences lui permettent de conclure que la destruction bilatérale de la plus grande partie des noyaux lenticulaires donne lieu à des manifestations particulières : pauvreté des gestes, akinésie, contracture avec flexibilité cireuse des membres, tous symptômes rappelant de très près le syndrome parkinsonien. Mais, en aucun cas, Léwy ne put constater l'apparition de manifestations hyperkinétiques du type de l'athétose ou de la chorée.

Expérimentation sur le noyau caudé. — Plus récemment, Pachon et Delmas Marsalet reprirent le problème expérimental sur le noyau caudé.

1° Dans leurs expériences d'excitation, ils règlent l'expérimentation de façon à éviter les effets de la narcose profonde de l'animal au cours des excitations électrolytiques. Les auteurs ont pu, dans ces conditions, observer chez le chien plusieurs réactions intéressantes ; mais, en aucun cas, il ne leur fut possible de constater d'hypertonie ou des mouvements involontaires analogues à ceux de la chorée ou de l'athétose.

2° Dans leurs expériences de destruction du noyau caudé, Pachon et Delmas Marsalet constatent, chez le chien, que, si la lésion striée est importante, l'animal présente une modification marquée du tonus postural.

En aucun cas, ils n'observent même une ébauche de mouvements rappelant la chorée ou l'athétose. « Ce fut avec un certain désappointement, écrit Delmas Marsalet, que nous constatâmes que les lésions expérimentales ne déterminaient, chez le chien, rien qui ressemblât à un état choréique. Bien au contraire, il nous apparut d'emblée que ces animaux se trouvaient dans un état, en partie, l'opposé de la chorée. »

M W. Hess, de Zurich, opérant sur le chat, réussit à faire passer dans des régions très limitées du noyau caudé des courants continus interrompus. Il obtint de cette manière, chez l'animal, des mouvements de manège, mais jamais de mouvements involontaires de type choréique.

Edwards et Baggs (1923) réalisent, chez le chien, la destruction des noyaux lenticulaire et caudé par l'introduction de tubes chargés d'émanation de radium. Aucun mouvement choréique n'est observé chez les animaux en expérience.

L. Morgan, opérant sur le chat, montre que des lésions du pallidum provoquent la production de contractions spontanées qui rappelleraient celles de l'athétose de l'enfant, et de mouvements de manège analogues à ceux observés par Delmas Marsalet.

2° *Résultats obtenus par les intoxications expérimentales.* — Partant de la notion de l'affinité de certains poisons organiques ou minéraux pour le corps strié, quelques expérimentateurs ont essayé de réaliser chez l'animal, par une intoxication de choix, des lésions spécifiques de ces ganglions.

Les expériences portant sur l'intoxication oxycarbonée sont parmi les plus importantes. Si l'on soumet un animal à une intoxication sévère par l'oxyde de carbone, il est fréquent d'observer une destruction malacique des corps striés, destruction qui contraste avec l'intégrité apparente du reste de l'encéphale. (Kolisko, H. Richter, F. Hiller, A. Meyer). Dans aucun cas on n'observe l'apparition de mouvements choréiques.

Des résultats plus positifs semblent avoir été obtenus par Léwy et Tieffenbach, puis H. Mella, en réalisant chez le singe une intoxication manganique qui semble retentir par une certaine électivité sur le corps strié. Dans quatre cas, H. Mella observe après des injections intra-péritonéales répétées d'une solution de chlorure de manganèse, l'apparition, le plus souvent tardive, de mouvements anormaux du type de la chorée et de l'athétose,

remplacés ultérieurement par un tremblement et parfois de l'hypertonie.

II. Expérimentations sur la couche optique

Les expériences d'excitation ou de destruction des couches optiques, si elles ont pu mettre en valeur le rôle primordial réservé à ces formations en tant que relai des différentes voies sensitives, semblent bien autoriser par contre à les déposséder de tout rôle moteur.

1° Les physiologistes qui, à la suite de Fritsch et Hitzig, comme Carville et Duret, David Ferrier, s'efforcèrent d'étudier l'excitabilité de la couche optique n'obtinrent, chez les animaux en expériences, ni réaction motrice, ni mouvements automatiques et, à plus forte raison, aucun mouvement rappelant, même de loin, l'hyperkinésie choréique. Suivant l'opinion exprimée par Hugo Spatz qui observe, à la suite de l'excitation des noyaux médian et postéro-externe du thalamus, l'apparition de mouvements des yeux et une contraction rythmique des muscles de la face et de la langue, ces réactions motrices ne prouvent en aucune façon l'existence, au sein de la couche optique, de centres présidant aux mouvements automatiques et rythmiques. Les phénomènes réactionnels moteurs peuvent être bien plutôt interprétés comme l'expression de sensations douloureuses. L'absence de toute réaction motrice chez l'animal soumis préalablement à la narcose semble démontrer le bien fondé de cette manière de voir.

2° La destruction des couches optiques réalisée, soit par l'injection de liquide nécrosant, soit par dilacération mécanique de la substance nerveuse, ne provoque aucune réaction musculaire. Seules les expériences réalisant une destruction plus grossière comme les ont pratiquées Lo Monaco et May, chez le singe, ont permis de déterminer, en dehors d'une hémianesthésie croisée, quelques effets moteurs : déviation de la tête et surtout hémi-parésie controlatérale vraisemblablement en rapport avec l'altération des fibres motrices voisines. En utilisant l'électrolyse bipolaire, G. Roussy observe de façon accessoire des mouvements de manège, mais qui, de son propre avis, ne résultent pas de la lésion thalamique, mais bien de celle du pédoncule cérébral voisin.

III. Expérimentations sur les formations de la région hypothalamique, le pédoncule cérébelleux supérieur

Les difficultés déjà considérables rencontrées dans l'expérimentation sur les noyaux gris centraux, apparaissent ici multipliées au centuple, pourrait-on dire, du fait que l'explo-

ration précise d'une formation donnée de la région sous-thalamique semble pratiquement impossible.

En ce qui concerne le corps de Luys par exemple, on peut imaginer que l'expérimentation sur un organe aussi petit, situé profondément dans une région où s'entrecroisent des centres et des faisceaux nerveux nombreux et dans un espace très restreint, est pratiquement irréalisable, si l'on veut du moins aboutir à des excitations ou des destructions expérimentales strictement limitées, capables de prêter à des conclusions pathogéniques de quelque valeur.

Ici, les constatations d'ordre expérimental doivent céder le pas aux faits anatomo-cliniques, capables de réaliser des lésions vasculaires localisées avec un maximum d'électivité.

Karplus et Kreild pratiquant une excitation de la région sous-thalamique, observent les réactions suivantes : modifications pupillaires, surtout à type de mydriase, avec élargissement de la fente palpébrale, qui leur permettent d'intégrer le corps de Luys dans le système végétatif cérébral, à côté de la substance noire. En aucun cas, ces auteurs n'ont pu provoquer de mouvements involontaires.

A la suite de la destruction isolée du corps de Luys, d'Abundo aurait observé chez le chien des mouvements d'hémichorée avec ataxie en même temps que des contractions musculaires de la face, mais F. Léwy estime que les phénomènes réactionnels observés par d'Abundo, seraient plutôt en rapport avec l'irritation de faisceaux ou de centres voisins.

Les expériences pratiquées par G.-R. Lafora présentent une valeur moins discutable. En opérant sur le chat, cet auteur a pu observer des mouvements choréo-athétosiques, en réalisant des destructions du noyau rouge, de l'hypothalamus et du pédoncule cérébelleux supérieur. Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Une lésion du pédoncule cérébelleux supérieur produit dans tous les cas un syndrome choréique homo-latéral ou contro-latéral suivant la position plus ou moins antérieure de la lésion.

2° Une lésion de la région hypothalamique semble produire avec une certaine fréquence des phénomènes athétosiques. Ceux-ci peuvent être bilatéraux quand la lésion expérimentale traverse obliquement la ligne médiane et atteint les deux zones hypothalamiques.

3° Une lésion du noyau rouge ou des radiations rubro-thalamiques entre le noyau rouge et l'hypothalamus, produit des syndromes mixtes choréiques et athétosiques. G.-R. Lafora, ayant pratiqué des expériences comparatives sur les noyaux lenticulaires, souligne que les lésions de ces ganglions ne furent jamais suivies de l'apparition d'un syndrome choréique ou athétosique.

IV. Expérimentations sur le cortex

Les données expérimentales sur l'origine corticale des mouvements sont dominées par les expériences d'excitation ou de destruction qui ont abouti à fixer les localisations dans la zone motrice de l'écorce (Grunbaum et Sherrington, Fritsch et Hitzig). Cependant, quelques expérimentateurs ont tenté, par des excitations particulières de l'écorce, de déterminer chez l'animal des mouvements choréiques.

Nous rappellerons, à ce propos, les expériences de Roncoroni. Cet auteur, appliquant sur les circonvolutions cérébrales des tampons d'ouate imbibés de solutions décalcifiantes (métaphosphate de soude, phosphate bisodique), aurait obtenu, au bout de quelque temps, des mouvements myocloniques, plus rarement des mouvements choréiques, et, si l'on poursuit l'excitation, des secousses épileptiques. Pour lui, une excitation corticale légère et diffuse, serait donc susceptible de produire des secousses myocloniques ou choréiques, une excitation intense des convulsions épileptiques. L'étude de ces faits expérimentaux mériterait d'être reprise.

⁂

L'étude analytique qui vient d'être faite permet de discuter le rôle de l'atteinte de systèmes différents, à l'origine du désordre moteur choréique.

1. *Rôle des lésions du corps strié.* — Certains faits anatomo-cliniques plaident avec éloquence en faveur du rôle primordial joué par les corps striés dans la chorée :

1° La constance des lésions dégénératives atrophiques progressives systématisées des corps striés dans la chorée chronique.

2° Les rares observations (Anton, Liepmann-Vogt, etc...) de lésion localisée du striatum à l'origine d'une hémichorée.

3° Les liens de parenté qu'on peut établir entre la chorée et l'athétose, dont l'origine striée est admise par beaucoup ; la constatation éventuelle de mouvements choréiformes dans certains syndromes striés (spasme de torsion, syndrome de Vogt, dystonie lenticulaire progressive) ; les rapports de la chorée avec certaines dyskinésies (torticolis spasmodique, crampe des écrivains) ; la constatation, à l'autopsie de certaines chorées chroniques, de lésions hépatiques comparables à celles de la dégénération hépato-lenticulaire.

De nombreux faits viennent, au contraire, s'inscrire contre le rôle ou du moins le rôle exclusif du corps strié dans la chorée :

1° La presque totalité des hémichorées reconnaissent à leurs origine des lésions de siège différent.

2° Certaines observations indiscutables prouvent que des lésions localisées du striatum n'avaient déterminé aucun désordre moteur pendant la vie.

3° Les expériences d'excitation ou de destruction portant sur le corps strié ne déterminent jamais de désordre moteur du type de l'hyperkinésie choréique.

2. *Rôle des lésions du pédoncule cérébelleux supérieur.* — L'existence de chorées liées à une atteinte des voies cérébelleuses semble devoir être admise sans conteste. Elle apporte une confirmation à l'opinion émise, autrefois déjà, par certains auteurs (Londe, Bonhoeffer, Wernicke, Ziehen, et surtout Bostroem) sur le rôle de premier plan joué par les lésions cérébelleuses et surtout le pédoncule cérébelleux supérieur à l'origine du mouvement choréique.

1° La topographie des lésions de différents types d'hémichorées, jalonnant la voie cérébello-rubro-thalamo-corticale est très significative.

a) Les cas classiques de Bonhoeffer et de Kleist, et celui moins démonstratif de Bremme, montraient, à l'origine d'une chorée, l'existence de lésions métastatiques dans la région de la commissure des pédoncules cérébelleux supérieurs.

b) L'observation de Lhermitte et Mlle Bourguina ayant trait à une chorée alterne intéressant le membre supérieur d'un côté, le membre inférieur de l'autre côté. Les auteurs désignent cette variété sous le terme d'hémichorea cruciata et en expliquent la symptomatologie par l'existence d'une lésion localisée à l'angle externe de la décussation des pédoncules cérébelleux supérieurs (cette hypothèse n'a pas été vérifiée anatomiquement).

c) Les observations anatomo-cliniques de syndromes du noyau rouge (comprenant le syndrome de Bénédikt).

d) Les observations de syndromes cérébello-thalamiques, dans lesquels le rôle du pédoncule cérébelleux supérieur peut encore être envisagé à l'origine des mouvements involontaires.

La discussion toutefois est autorisée du fait de l'atteinte concomitante de certaines formations de la région sous-optique.

e) Les cas de syndrome thalamique. Si la pathogénie des mouvements involontaires est ici sujette à discussion, il semble bien cependant que l'on puisse éliminer le rôle de la couche optique elle-même. L'atteinte du corps strié et surtout des voies qui en émanent, en particulier le faisceau lenticulaire et l'anse lenticulaire, pourrait être prise en considération, mais la comparaison avec les faits anatomo-cliniques concernant les syndromes du noyau rouge et le syndrome hypothalamique porte bien plutôt à faire admettre, là encore, le rôle de la voie cérébelleuse et en particulier du relai cérébelleux intra-thalamique.

f) Certaines observations anatomo-cliniques, comme celles rapportées par Wenderowic dans un travail récent, permettent d'envisager la possibilité d'hémichorée par atteinte de la voie thalamo-corticale. Celle-ci comprend les fibres qui du noyau externe du thalamus continuent les fibres cérébello-cérébrales du pédoncule cérébelleux supérieur et s'épanouissent en éventail pour gagner le cortex.

2° S'opposant aux résultats constamment négatifs obtenus dans les expérimentations sur les corps striés, certains faits expérimentaux positifs, et plus particulièrement ceux rapportés par Lafora, confirment le rôle des voies cérébelleuses en même temps que celui des formations hypothalamiques, à l'origine du mouvement involontaire choréique.

3. *Rôle des lésions de la région sous-optique.* — Il ne faut pas se dissimuler que la complexité anatomique de la région sous-optique rend difficile la superposition précise des lésions anatomiques aux faits cliniques observés.

1° On peut envisager, à l'origine du mouvement choréique, le rôle de certaines formations de la région sous-optique, du corps de Luys en particulier, dans les observations de syndrome du carrefour hypo-thalamique, de syndromes du noyau rouge.

2° Des faits anatomo-cliniques beaucoup plus valables sont représentés, par les observations d'hémiballismus qui, nous l'avons vu, semblait dans la règle conditionné par une lésion strictement localisée de la région hypothalamique, détruisant le corps de Luys du côté opposé aux troubles moteurs.

Le corps de Luys. — Le corps de Luys représente, on le sait, une petite formation lenticulaire de substance grise, située à la face dorsale du pied du pédoncule à son origine.

Au point de vue cytologique, ce corps sous-thalamique, constitué par des cellules rares de type I de Golgi, n'offre guère d'intérêt. Mais ses connexions présentent une importance primordiale.

Celles-ci se font essentiellement avec le corps strié et l'on peut décrire actuellement :

1° des fibres strioluysiennes ; 2° des fibres venues par la voie du faisceau lenticulaire de Forel ; 3° des fibres venues du sommet du globus pallidus et décrites sous le nom de groupe pallidal de la pointe par Foix et Nicolesco.

L'existence d'une voie cortico-luysienne est douteuse. La voie descendante, probablement issue de la région externe du corps de Luys, n'a pu être suivie très loin. Les connexions fonctionnelles du corps de Luys et du noyau rouge sont encore discutées, mais les rapports topographiques étroits qui unissent ces deux formations ne doivent pas être perdus de vue dans l'interprétation des faits anatomo-cliniques.

Ceux-ci, malgré leur précision, ne permettent pas d'assigner au corps de Luys, une fonction particulière. C'est bien plus vraisemblablement par l'intermédiaire des fibres nerveuses qui l'unissent aux formations voisines que doit agir la lésion du corps sous-thalamique.

4. *Rôle des lésions corticales.* — 1° Il est difficile de conclure au rôle du cortex du seul fait des altérations diffuses constatées dans les chorées aiguës mortelles, ou du fait de l'apparition éventuelle de mouvements choréiques au cours d'états méningés aigus ou chroniques.

2° Certaines observations anatomo-cliniques (Bériel, Loederich et ses collaborateurs, Wenderowic) montrent, de façon plus péremptoire, l'importance des lésions des hémisphères et du cortex, et K. Wilson a insisté sur l'importance des lésions corticales dans la chorée. Cependant, il ne semble pas que l'origine corticale du mouvement choréique trouve ses arguments les meilleurs dans la constatation éventuelle d'altérations de la zone motrice. Nous verrons ultérieurement que ce problème pathogénique doit être envisagé différemment.

C. — Le mécanisme physio-pathologique du mouvement choréique

Les renseignements fournis surtout par les constatations anatomo-cliniques, permettent d'envisager, à l'origine du mouvement choréique, le rôle de l'atteinte de certaines formations qui constituent des chaînons différents du système choréogène encéphalique. Il reste, ainsi que nous l'avons déjà laissé entendre, à expliquer par quel mécanisme physio-pathologique, qui semble devoir bien être identique dans tous les cas, des lésions de sièges différents sont capables de déclancher l'activité d'un centre moteur donné, dont l'intégrité apparaît nécessaire à la production du mouvement choréique.

Deux tendances principales se sont fait jour, suivant que l'on a voulu considérer le mouvement involontaire comme l'expression de l'activité des centres sous-corticaux (système paléo-moteur), ou de l'activité des centres corticaux (système néo-moteur).

1. Théories sous-corticales

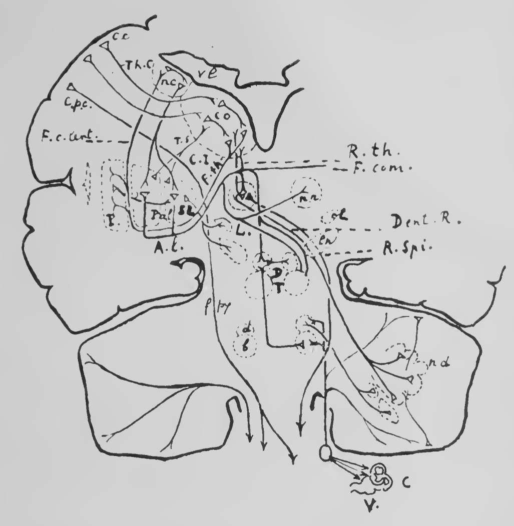
Les travaux de C. et O. Vogt, de K. Wilson, de Ramsay Hunt, de Zingerlé, de nombreux autres auteurs, nous ont éclairé sur les fonctions du corps strié qui, jusqu'à ces dernières années, étaient entourées de l'obscurité la plus profonde. Les nombreux faits anatomo-cliniques, ceux que nous devons en particulier à la floraison d'études qu'a suscitée l'épidémie d'encéphalite léthargique, ont concentré l'attention sur le rôle des formations grises de la base, et ont poussé peut-être, ainsi qu'y a insisté Kienner Wilson, à englober dans la pathologie de ceux-ci un nombre de faits dont l'origine striée apparaît fort discutable.

Rappel anatomo-physiologique. — Les corps striés constituent, on le sait, deux formations grises situées à la base de l'encéphale, en dehors des couches optiques, dont les sépare la capsule interne, et en dedans de l'avant-mur, dont les sépare la capsule externe.

Classiquement, ils comprennent deux parties : une extra-ventriculaire, dite noyau lenticulaire, l'autre intra-ventriculaire, dite noyau caudé. Le noyau ventriculaire, de forme triangulaire, à base périphérique et à sommet central, se divise lui-même en deux parties : l'une, externe : le putamen ; l'autre, interne : le globus pallidus. Le putamen comprend le segment externe, le globus pallidus les deux segments internes du noyau lenticulaire.

Connexions. — Le putamen et le noyau caudé sont étroitement reliés l'un à l'autre et au globus pallidus.

Les associations de fibres striofuges et striopètes les plus impor-



C.c., cortex central ; C.p.c., cortex précentral ; Th. C., voie thalamo-corticale ; f.py., faisceau pyramidal ; T.S., fibres thalamo-striées ; F.c. lent., fibres caudo-lenticulaires ; A.l., anse lenticulaire ; F.th., faisceau thalamique de Forel ; R.th., voie rubro-thalamique ; Dent. R., voie dento-rubrique ; F. com., fibres commissurales ; S.L., fibres strio-Luysiennes et strio-nigériennes ; R. Spi., faisceau rubro-spinal ; V.l., ventricule latéral ; n.c., noyau caudé ; c.o., couche optique ; P., putamen ; Pal., pallidum ; C.I., capsule interne ; n.r., noyau rouge ; L., corps de Luys ; l.n., locus niger ; D., noyau de Darkschewitch ; T., noyaux du Tegmentum ; d., noyau de Deiters ; b., noyau de Bechterew ; n.d., noyau dentelé du cervelet ; V.C., oreille interne.

tantes sont reliées seulement au globus pallidus et non directement au putamen et au noyau caudé.

Les fibres striofuges les plus importantes unissent le globus pallidus au thalamus et à la région hypothalamique, corps de Luys, noyau rouge et locus niger. Elles comprennent : 1° les fibres

strio-thalamiques ; 2° les fibres de l'anse lenticulaire ; 3° les fibres du faisceau lenticulaire de Forel ; 4° les fibres strio-luysiennes et strio-rubriques ; 5° enfin des fibres commissurales. Le corps strié est sans relations directes avec l'écorce et avec la moelle. Les influx qui, des corps striés passent à travers l'anse lenticulaire jusqu'au noyau rouge, pourront être conduits plus loin à travers le faisceau rubrospinal, dont les fibres de projection effectuent ultérieurement leur décussation.

Le corps strié peut donc apparaître ainsi comme un organe moteur autonome dont l'influence se fera sentir sur le côté opposé du corps.

1. *Théorie striée pure. La libération de l'activité pallidale.* — Cette théorie repose essentiellement sur la distinction établie entre le Neostriatum comprenant le Putamen et le noyau caudé, d'une part, et le Paléostriatum comprenant le globus pallidus, d'autre part, formations dont le rôle physiologique apparaît comme très différent.

Cette distinction semble légitimée par des considérations d'ordre phylogénique, ontogénique et architectonique.

1° Le pallidum constitue, dans la série animale, la formation la plus inférieure. Les travaux de Ariens Kappers, ceux de de Vries, ont montré que le globus pallidus (paléo-striatum) était une organisation anciennement constituée, apparaissant par exemple chez les poissons, alors que le noyau caudé et le putamen (néostriatum), d'origine plus récente, ne se rencontraient que chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères.

2° Chez l'embryon, l'apparition du striatum est également plus tardive. Chez l'enfant, le putamen et le noyau caudé (néostriatum) se développent tardivement, tandis que le pallidum (paléostriatum) est développé peu de temps avant la naissance. Aussi, certains voudraient-ils voir dans les mouvements de l'enfant, beaucoup plus rudimentaires que ceux de l'adulte, une gesticulation involontaire qui rappelle d'assez près celle de l'athétose.

Quoi qu'il en soit, le striatum, se développant plus tardivement, viendra inhiber, conformément à une loi générale, la portion qui lui est inférieure. Plus tard enfin, la voie pyramidale, celle des mouvements logiques, conscients, coordonnés, entre en jeu et réduit les centres inférieurs qu'elle contrôle par la voie thalamo-striée, à ne régler que les mouvements automatiques.

3° L'agencement cellulaire apparaît différent suivant que l'on s'adresse au striatum ou au pallidum.

a) L'étude histologique du striatum montre l'existence de deux

ordres de cellules : 1° une série dense de petites cellules triangulaires ou polygonales, s'apparentant au type II de Golgi ; 2° de grosses cellules appartenant au type I de Golgi, c'est-à-dire au type moteur de Malone.

b) L'étude du pallidum montre que les petites cellules font défaut, les grandes cellules existant seules et présentant une morphologie un peu différente de celle des grosses cellules du striatum.

Pour Ramsay Hunt, les grandes cellules ganglionnaires (appareil macro-cellulaire) de tout le corps strié, avec leurs cylindraxes correspondants, représentent un système défini, qui se continue à travers l'anse lenticulaire, dans l'hypothalamus et ensuite le noyau rouge. Ce système pallidal est le système moteur du corps strié. A l'appareil micro-cellulaire par contre ne serait dévolu qu'un rôle de coordination et d'inhibition de l'activité du système moteur pallidal.

Dans ces conditions, si l'on applique aux noyaux gris centraux les idées physiologiques de H. Jackson, de la libération ou de l'échappement au contrôle, on comprend facilement que les lésions de la chorée, prédominant sur le segment externe du noyau lenticulaire (ainsi que l'ont établi les travaux de Anton, C. et O. Vogt, P. Marie et Lhermitte), ou frappant l'appareil micro-cellulaire (d'après les recherches de H. Lewy, de R. Hunt), déterminent la libération du contrôle du pallidum (ou de l'appareil macro-cellulaire) et aboutissent à l'extériorisation de l'activité pallidale privée de son frein supérieur, d'où l'apparition de chorée ou d'athétose.

Il est nécessaire d'ajouter que, suivant cette conception, le globus pallidus, possédant le rôle accessoire d'inhiber le tonus musculaire, verra ce rôle renforcé par l'absence de frein supérieur, d'où l'hypotonie de la chorée.

A l'opposé de ce qui est réalisé dans la chorée et l'athétose, on sait que, suivant cette théorie, la localisation exclusive ou la prédominance des lésions au pallidum ou à l'appareil magno-cellulaire, auquel est dévolu un rôle de contrôle du tonus, déterminerait la rigidité parkinsonienne ou l'état dysmyélinique de C. et O. Vogt.

Si l'on suppose enfin une atteinte généralisée du noyau lenticulaire (destruction du système magno-cellulaire superposée à une atteinte préalable de l'appareil micro-cellulaire), il doit résulter *à priori* un effacement de la chorée remplacée et masquée par l'hypertonie généralisée. Alfons Jakob se

rallie à la théorie de Hunt. Pour lui, la destruction des petites cellules striées détermine la chorée, celle des grosses cellules pallidales la rigidité ; la destruction totale des corps striés entraîne une paralysie passagère suivie de rigidité définitive.

Ariens Kappers aboutit à des conceptions analogues. En outre, pour cet auteur, des lésions parcellaires strio-pyramidales correspondraient à l'état marbré de C. et O. Vogt, des altérations massives réaliseraient le syndrome de K. Wilson.

A l'appui de cette différence entre le rôle physiologique du néo-striatum et celui du pallidum, on peut invoquer l'observation anatomo-clinique, particulièrement intéressante, de H. Claude, J. Lhermitte et P. Meignant, concernant un syndrome de rigidité post-choréique avec démence. Ces auteurs ont observé, au cours de l'évolution de l'affection, deux phases successives : l'une de chorée, l'autre de rigidité. Les lésions constatées à l'autopsie montraient que le processus évolutif avait frappé l'ensemble du corps strié. Mais, alors que dans les segments putamino-caudés on constatait des lésions dégénératives de date ancienne, dans le pallidum, au contraire, on trouvait des lésions évolutives de date récente.

Ainsi conçue, la théorie striée apparaît passible de bien des objections. Les conceptions qui aboutissent à une systématisation fonctionnelle aussi schématique des formations du corps strié, méritent d'être passées au crible de la critique. Si elles semblent confirmées par certaines constatations anatomo-cliniques, elles sont, par contre, en désaccord complet avec les résultats des expérimentations sur le corps strié. Les accepterions-nous pourtant sans réserve, que la théorie striée ne saurait cependant concilier l'ensemble des faits observés. Elle pourrait être admise à l'origine des chorées chroniques ou de certains faits exceptionnels de chorées dues à des lésions striées localisées (Anton, Liepmann, Vogt). L'existence d'hémichorées luysiennes ne serait pas en contradiction formelle avec elle : le corps de Luys apparaissant anatomiquement et embryologiquement comme une émanation du corps strié et pouvant être considéré comme tenant sous sa dépendance certains centres hypothalamiques, l'activité de ceux-ci serait libérée par l'atteinte du corps sous-thalamique. La réalité de la théorie striée paraît inapplicable aux faits nombreux de chorées aiguës, dont les lésions débordent largement sur les

régions voisines. Elle n'explique, en tous cas, nullement les cas d'hémichorées dues à des lésions vasculaires localisées sur le trajet des voies cérébello-rubro-thalamo-corticales. Enfin, elle présente le défaut majeur de considérer, dans son étroitesse, le rôle exclusif de l'atteinte isolée d'un centre libérant une activité sous-jacente. Elle néglige ainsi l'importance de l'atteinte des voies afférentes coordinatrices dans le déclanchement anormal de l'activité des centres moteurs responsable des mouvements incoordonnés.

2. *Théorie sous-corticale. Rôle de l'atteinte des voies afférentes, régulatrices, du corps strié.* — Cette théorie met en valeur, non seulement le rôle du noyau lenticulaire et de sa voie afférente, mais celui d'un système comprenant : 1° la voie afférente cérébello-rubro-thalamique ; 2° le couple thalamo-strié ; 3° la voie efférente strio-rubrique qui, partant du noyau lenticulaire et traversant l'anse lenticulaire, se rend à la région hypothalamique et au noyau rouge, d'où partira le faisceau rubro-spinal de Monakow, pour s'entre-croiser et vraisemblablement descendre jusqu'à la moelle rachidienne.

Le corps strié, et peut-être seulement le système pallidal de Hunt, étant considéré comme un centre moteur pour les mouvements automatiques et associés, il est nécessaire que, dans les conditions normales, les excitations venues de la périphérie et allant aux centres sous-corticaux soient transformés directement en innervations motrices bien coordonnées. Cette régulation harmonieuse est assurée grâce aux impulsions provenant du cervelet par la voie afférente cérébello-rubro-thalamique. Dans des conditions pathologiques, ces influences coordinatrices pourront être perturbées : soit du fait d'une lésion de la voie afférente cérébello-rubro-thalamique, soit du fait de l'atteinte de l'appareil récepteur du corps strié (néo-striatum ou appareil micro-cellulaire de Hunt), les mouvements involontaires se produiront dès lors de façon incoordonnée ; on verra apparaître de la chorée ou de l'athétose.

Les troubles du tonus pourraient s'expliquer de la même façon. Le cervelet apparaissant comme l'organe producteur du tonus, celui-ci subit normalement les influences inhibitrices venues du corps strié par la voie strio-rubrique. Si des lésions atteignent le système cérébelleux afférent, aux mouvements choréiques s'associera l'hypotonie. Si des lésions

atteignent le corps strié ou la voie efférente strio-rubrique, il se développera de l'hypertonie pouvant masquer les mouvements choréiques.

Cette théorie est acceptée dans ses grandes lignes par de nombreux auteurs, avec quelques modalités dans les conceptions particulières de chacun. Von Economo voit dans le corps strié, le noyau rouge, le corps de Luys et éventuellement plusieurs formations voisines, des centres moteurs sous-corticaux subissant normalement l'influence coordinatrice de centres supérieurs, régulateurs représentés avant tout par le cervelet et surtout son noyau dentelé. L'apparition des mouvements choréiques ou athétosiques est déterminée par l'atteinte du système d'association entre le noyau dentelé et ces centres subcorticaux mésencéphaliques ; l'hypertonie extrapyramidale serait au contraire due à une lésion du corps strié lui-même, supprimant l'action régulatrice de celui-ci, sur le tonus cérébelleux.

Kleist défend une conception analogue. Il estime que les impulsions régulatrices provenant du cervelet et conduites au corps strié à travers les pédoncules cérébelleux, le noyau rouge et le thalamus, sont supprimées, dans le cas de chorée et d'athétose, mais, toujours pour lui, au niveau de l'appareil de liaison de la voie afférente régulatrice avec la voie motrice efférente, c'est-à-dire au niveau du putamen et du noyau caudé.

Ainsi élargie, la théorie sous-corticale semble beaucoup plus en accord avec la majorité des faits observés. Elle a le mérite de faire intervenir le rôle primordial de l'atteinte des voies cérébelleuses, en ne négligeant pas toutefois l'importance indiscutable des lésions du corps strié. Elle reconnaît nécessaire d'envisager la régulation de l'activité motrice par les influences coordinatrices des voies afférentes, fait qui apparaît comme une loi générale pour l'ensemble des systèmes hiérarchisés aux différents étages du névraxe. C'est à ce point de vue qu'elle se rapproche dans ses grandes lignes de la théorie corticale. Mais elle représente la théorie du court-circuit sous-cortical, pourrait-on dire, s'opposant à la théorie du long circuit cortical, que nous allons maintenant envisager.

II. Théorie corticale

1. *Conception du mouvement choréique comme manifestation de l'activité cortico-spinale.* — Kahler et Pick (1879) considéraient déjà les mouvements involontaires choréiques

comme l'expression de phénomènes d'excitation du côté des voies pyramidales. L'école de Charcot, Raymond dans sa thèse, décrivaient dans le bras postérieur de la capsule interne un faisceau de la chorée. Lewandowsky donne sa pleine adhésion à cette manière de voir et insiste, à diverses occasions, sur cette opinion que la cause du mouvement choréique et de l'athétose doit être recherchée dans l'atteinte de la voie cortico-spinale. Ces auteurs, pourtant, se contentaient de vouloir établir une concordance précise entre les faits cliniques et les lésions anatomiques, sans pousser plus loin la recherche du mécanisme physio-pathologique de la chorée.

Von Monakow (1905), cependant, tend déjà à voir, dans la genèse du mouvement choréique, non pas une atteinte directe des voies pyramidales, mais le résultat des impulsions anormales parties d'un foyer thalamique et conduites par voie centripète vers le cortex ; et Wimmer considère que les mouvements de la chorée de Huntington sont la conséquence d'une conduction défectueuse des influx moteurs afférents dans la couche moyenne des cellules ganglionnaires de la zone motrice.

Dans ces dernières années, Kinnier Wilson a défendu avec ardeur la réalité de l'origine corticale des mouvements choréiques. De fait, bien des arguments peuvent être invoqués en faveur de cette conception. Le caractère de complexité du mouvement choréique, qui autorise à le comparer au mouvement volontaire, suggère l'idée d'une hypercinésie due à l'activité de centres supérieurs. Nous avons déjà discuté cette opinion à l'étude séméiologique. Certains arguments d'ordre nosologique ou clinique apparaissent aussi convaincants : les mouvements choréiques sont très voisins des tics qui s'observent d'ailleurs après la chorée, et dont l'origine corticale paraît bien admise ; l'instabilité du sujet émotif, de certains basedowiens, rappelle l'agitation choréique ; les phénomènes moteurs dans l'épilepsie continue de Kojevnikoff s'expriment, en dehors des crises, par des mouvements d'aspect choréique ; il existe des cas de myoclonies-épilepsies dont deux types ont été décrits, l'un par Unverricht, l'autre par Lunddorf, et qui, par les caractères des mouvements observés en dehors des crises comitiales, se rapprochent pour certains auteurs des chorées chroniques ; dans les chorées aiguës, on observe souvent chez l'enfant des manifestations psychiques en faveur

d'une atteinte corticale ; les phénomènes choréiques peuvent s'observer dans des atteintes cortico-méningées (méningite tuberculeuse, paralysie générale) ; beaucoup d'hémiplégies cérébrales infantiles compliquées de crises jacksoniennes sont accompagnées de chorée et d'athétose.

Partant de cette proposition que tout mouvement involontaire suppose comme condition *sine qua non* l'activité d'un système moteur intact et l'intégrité relative de la voie efférente qui transmet cette activité motrice, Wilson ajoute, en corollaire, que la suppression de l'agitation motrice par une atteinte fortuite du centre ou des voies motrices incriminées, constituera une preuve supplémentaire du rôle joué par ce centre à l'origine du mouvement. Il cite à ce sujet le cas rapporté par Horsley, d'un jeune homme de 15 ans, atteint d'hémiplégie gauche avec athétose grave. Horsley intervient et enlève la zone motrice corticale du membre supérieur gauche ; l'athétose disparaît complètement. Des cas semblables ont été observés par Anschutz, par Payr et Bunke. Dans une de ses monographies, Jakob cite une observation d'hémiathétose ayant disparu complètement après l'apparition d'une hémiplégie gauche flasque.

Enfin, Wilson dit n'avoir jamais observé de cas, dans lesquels les mouvements spontanés choréo-athétosiques coïncidaient avec une paralysie corticale absolue. Un argument de grande valeur en faveur de la thèse de Wilson, est enfin représenté par ce fait que, dans les cas de rigidité décérébrée, on ne constate jamais de mouvements ressemblant à la chorée ou à l'athétose. Le cortex apparaît donc indispensable à l'existence de ces mouvements. Magnus a confirmé cette manière de voir dans ses recherches expérimentales sur les animaux soumis à la décérébration.

Lhermitte et Pagniez, moins formels que Wilson, montrent que la disparition d'un mouvement choréique lors d'une paralysie motrice, peut résulter du fait que l'hypercinésie est masquée par la contracture. Si l'on parvient à supprimer l'hypertonie pyramidale par la section des racines postérieures, comme l'a fait observer Foerster, on libère à nouveau la gesticulation choréique ou le désordre athétosique.

2. *Rôle de l'atteinte des voies afférentes cérébello-cérébrales* (*voie dento-rubro-thalamo-corticale*). — L'importance de l'atteinte de cette voie apparaît capitale. Elle est prouvée sura-

bondamment par les constatations anatomiques et les faits cliniques.

a) Nous avons vu que les divers types d'hémichorées symptomatiques trouvaient leur expression anatomique dans des lésions de sièges divers, jalonnant la voie cérébello-rubro-thalamo-corticale. Celle-ci apparaît formée de trois neurones, qui constituent des chaînons importants du système choréogène encéphalique.

Le rôle joué par le premier chaînon dento-rubrique apparaît à l'évidence dans les chorées décrites sous le nom de chorée des bras conjonctivaux (Bindearmchorea), dans les hémichorées par atteinte du noyau rouge. Les rapports de celui-ci avec les centres sous-thalamiques, le corps de Luys en particulier, permettent d'intégrer ces formations dans le même système.

Le rôle joué par le deuxième chaînon rubro-thalamique apparaît dans les cas de mouvements choréo-athétosiques, symptomatiques de variétés de syndromes thalamo-hypothalamiques ou thalamiques.

Le rôle du troisième chaînon thalamo-cortical n'est illustré que par des faits anatomo-cliniques plus rares. Wendérowic insiste cependant sur l'importance de ce chaînon qui continue la voie cérébello-thalamique de Bonhoeffer, et dont l'adultération, de ce fait, lui apparaît comme très vraisemblablement choréogène. Il semble que l'atteinte de la voie thalamo-corticale, au niveau de son épanouissement dans le cortex pariétal et prérolandique, soit susceptible de jouer le même rôle. Une observation récente, rapportée par Wilson, d'une hémichorée conditionnée par des lésions exclusivement localisées à la région sensitivo-motrice, certains faits anatomo-cliniques de chorée avec lésions corticales pures fournissent des arguments en faveur de cette hypothèse.

b) La fréquence de symptômes cliniques de déficit cérébelleux, l'hypotonie en particulier, chez le choréique, est une preuve supplémentaire de l'atteinte des voies cérébelleuses dans la plupart des chorées. Nous n'y reviendrons pas ici.

3. *Mécanisme physiopathologique du mouvement choréique.* — L'explication physiopathologique de la chorée repose donc ici sur deux propositions principales : d'une part, la chorée s'extériorise par le système cortico-spinal ou pyramidal, d'autre part, elle est provoquée par un trouble de régulation conditionné lui-même par des lésions du système afférent

cérébello-cérébral. Tout se passe comme si un courant durable ou intermittent de stimuli, d'origine cérébelleuse, entretenait au niveau du cortex une activité motrice involontaire ne cédant que pendant le sommeil. Sans vouloir prétendre que le système des voies cérébello-cérébrales ait normalement une action directe freinatrice sur les centres moteurs corticaux, il est légitime de concevoir la voie cérébello-cérébrale comme conduisant au cortex les sensations inconscientes (proprioceptives) qui, normalement, se transforment en excitations efférentes au niveau de la zone motrice corticale, soit directement, soit, ce qui semble plus vraisemblable, au moyen de formations intercalaires intra-corticales. Si cette régulation cérébello-cérébrale manque, à la suite de lésions irritatives ou destructives à un niveau quelconque de ce système, les excitations afférentes exercent une action exagérée sur les cellules motrices dont l'activité s'extériorise sous forme de mouvements involontaires.

Reconnaître à l'hyperkinésie choréique les qualités de mouvements corticaux involontaires, traduisant la réponse motrice d'un arc réflexe cortical, ne veut pas dire que les cellules de Betz représentent nécessairement le point de départ physiologique de l'activité motrice efférente, ni que la dysfonction de la voie cérébello-corticale doive exercer son retentissement sur la seule zone corticale motrice. Malgré certains faits expérimentaux rapportés par Roncoroni, il semble que l'excitation expérimentale de l'écorce cérébrale dans la zone des cellules de Betz ne produise jamais de mouvements de type choréique ou athétosique, et le désordre moteur de l'épilepsie jacksonienne n'est comparable ni à l'agitation choréique, ni aux mouvements volontaires. Wilson juge nécessaire, pour expliquer les mouvements complexes de la chorée, d'envisager l'activité de centres moteurs d'une classe physiologique plus élevée que celle de la zône motrice, au sens étroit du mot. Les fibres thalamo-corticales au niveau de leur épanouissement terminal sont très étendues en largeur et des faisceaux aussi importants que ceux destinés à la zone motrice gagnent la zône frontale prérolandique. Wilson estime donc que le désordre de la voie cérébello-cérébrale fait porter son action sur les centres moteurs frontaux qui sont reliés eux-mêmes par des neurones d'association transcorticaux à la zone des cellules de Betz.

4. *Peut-on expliquer le caractère spontané du mouvement choréique ?* — L'explication du mécanisme intime du mouvement choréique ne saurait être complète, si elle ne fournit

une réponse au problème du caractère spontané, involontaire, du mouvement.

Au vrai, il est difficile de définir, de façon précise, ce qu'est un mouvement volontaire. Si nous concevons comme volontaires les seuls mouvements à l'exécution desquels s'applique une volonté consciente, nous devons avouer que les mouvements volontaires sont exceptionnels. La plupart de nos gestes associés, automatiques, sont spontanés et ne nous apparaissent pas comme voulus.

Les actes habituels sont seulement plus ou moins automatiques. C'est en formulant une proposition inversée, qu'on peut définir l'acte volontaire : celui que nous pouvons arrêter, modérer, et l'acte involontaire celui que nous ne pouvons inhiber. Il semble donc que, dans le mécanisme régulateur de l'activité volontaire, le cortex agisse beaucoup plus en inhibant la réponse motrice des arcs corticaux réflexes et en autorisant, à l'occasion, par le relâchement de son contrôle inhibiteur, le mouvement volontaire. Pour Wilson, l'impossibilté pour le malade choréique de contrôler de façon exacte l'activité anormale des arcs corticaux réflexes, correspond chez lui au manque de pouvoir inhibiteur transcortical, c'est-à-dire à l'impossibilté pour certains éléments corticaux d'exercer normalement sur d'autres éléments corticaux une action inhibitrice. André Thomas voit dans la réflectivité pathologique de l'écorce cérébrale la condition du mouvement involontaire choréique. « La chorée se présente, écrit-il, comme un *réflexe,* et la spontanéité de l'agitation choréique est plus apparente que réelle ». Cliniquement la recrudescence ou l'apparition des mouvements sous l'influence d'excitations périphériques variées est un fait bien connu, mais il faut compter non seulement avec les excitations qui viennent du dehors ou exogènes, mais encore avec celles qui tirent leur origine de l'organisme lui-même, ou excitations endogènes. Chez certains sujets, les perturbations de l'émotivité, de l'affectivité sont, on le sait, capables d'entretenir une instabilité choréiforme, que la volonté ne peut inhiber. Chez le choréique, les lésions irritatives ou destructives de certains centres, qui aboutissent à la dysfonction cérébello-cérébrale dont nous avons parlé, peuvent exercer leur répercussion sur l'écorce cérébrale. Pourquoi ne pas admettre, dès lors, que celle-ci acquière une excitabilité anormale, comme la moelle par exemple, qui, après section complète ou incomplète, traduit son excitabilité anormale par une réflectivité nouvelle et un automatisme particulier ? (André-Thomas).

⁂

L'exposé que nous venons de faire laisse entendre que la question du mécanisme physiopathologique de la chorée est

loin d'être épuisée. Les faits anatomo-cliniques apportent la preuve certaine que des lésions de sièges différents sont susceptibles d'aboutir au désordre moteur choréique. Celui-ci présente dans tous les cas les mêmes grands caractères séméiologiques, mais aussi, suivant les localisations lésionnelles en cause, des modalités cliniques propres à chaque variété. Il semble donc légitime de décrire des chorées d'origines diverses : striées, cérébelleuses, sous-thalamiques, corticales... Une telle conception est admissible, à condition toutefois qu'elle ne prétende pas épuiser le problème physiopathologique du mouvement choréique. Si le trouble moteur d'excitation est susceptible d'être déclanché par des *lésions de sièges divers*, il n'en reste pas moins qu'il doive traduire l'activité d'un centre moteur intact qui, logiquement, doit être *le même dans tous les cas*.

Bien des arguments, d'ordre clinique surtout, paraissent favorables à la conception de la nature corticale du mouvement choréique. Au contraire, envisager, dans le corps strié, un centre moteur autonome, capable de réaliser des mouvements complexes de la chorée, ne repose que sur la constatation de lésions systématisées dans telles variétés de chorées. Or, les faits anatomiques n'ont pas de signification suffisante en ce qui concerne, du moins, l'explication pathogénique d'un symptôme moteur positif d'excitation. Par ailleurs, les faits expérimentaux n'apportent aucun argument en faveur du rôle moteur du corps strié.

Conclure à l'origine corticale du mouvement choréique n'entraîne, en aucune façon, à négliger l'importance des lésions striées dans le déterminisme de l'hyperkinésie. Nous avons montré le rôle de la dysfonction de l'appareil cérébello-mésencéphalo-thalamo-cortical à l'origine de la chorée. Il est facile d'imaginer que l'appareil strié, dont l'influence s'exerce normalement sur certaines formations de la région hypothalamique, puisse être intégré comme formation annexe du même système afférent régulateur. Ne connaissant pas de connexions directes entre le striatum et l'écorce, nous sommes seulement forcés d'admettre que le passage des influx nerveux doit s'effectuer de façon rétrograde par le noyau rouge ou le thalamus. Cette manière de voir est beaucoup plus conforme à la logique, car elle permet d'envisager l'activité d'un centre moteur unique à l'origine du mouvement choréique : le cortex.

BIBLIOGRAPHIE

ABUNDO (D'). — Physiologie du thalamus optique. *Rivista Italiana di Neuropath.*, 1909, p. 480.

ALCOCK (N. S.). — Anatomie pathologique de la chorée chronique progressive (2e Congrès Neurologique International, Londres, 29 juillet-2 août 1935, in *Presse Médic.*, 18 sept. 1935 et in *Rev. Neur.*, oct. 1935).

ALZHEIMER. — Ueber die anatomische Grundlage der Huntingtonschen Chorea und der choreatischen Bewegungen überhaupt. *Neurol. Centralblatt*, 1911, Bd XXX, p. 891.

ANGLADE. — Sur les lésions du système nerveux central dans l'agitation musculaire et la rigidité musculaire. *Rapport Congrès Aliénistes et Neurologistes*, août 1922.

ANGLADE. — La chorée chronique. Discussion au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Nantes 1909. An. in *Rev. Neur.*, 1909.

ANTON. — Ueber die Beteiligung der grossen basalen Gehirn-ganglien bei Bewegungstörungen und insbesondere bei Chorea. *Jahrbuch. f. Psychiat.*, vol. XIV, 1896.

AUSTREGESILO et GALLOTTI. — Sur un cas d'hémiparésie et d'hémichorée avec lésion du noyau caudé. *Rev. Neur.*, janv. 1924.

BABONNEIX (L.). — *Les chorées.* 1 vol., Flammarion, 1924.

BABONNEIX (L.) et LÉVY (Maurice). — Article Chorée, in *Traité de Médecine des Enfants* (P. Nobécourt et L. Babonneix), tome V, 1934, Masson édit.

BAUDOUIN et LEREBOULLET. — Un cas de syndrome du noyau rouge. *Soc. Neur.*, Paris, 7 mai 1929.

BENEDIKT (Moritz). — Tremblement avec paralysie croisée du moteur oculaire commun. Trad. in *Bulletin Médic.*, 1889, p. 547.

BÉRIEL et MARTIN. — Lobe frontal et chorée. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 15 février 1921.

BERTRAND (I.) et GARCIN (Raymond). — Etude anatomo-clinique d'un cas d'Hémiballismus. Lésion dégénérative du corps de Luys et de la Zona incerta. *Rev. Neur.*, 1933, p. 820.

BICKEL (G.). — Les syndromes des noyaux gris centraux. *Rev. Méd. Suisse Romande*, n° 6, juin 1922.

BIELCHOWSKY. — Entwurf eines Systems der Heredodegeneration des Zentralnervenssystems einschliesslich der zugehörigen Striatumerkrankungen. *Journ. f. Psych. u. Neur.*, vol. XXIV, 1918.

BOEFF. — Du rôle de l'écorce cérébrale dans la production des syndromes choréiques. *Thèse*, Montpellier, 1911-1912.

BONHOEFFER. — Ein Beitrag zur Lokalisation der choreatischen Bewegungen. *Monatsschr. f. Psychol. und Neur.*, 1897, I, 6.

BONNAFOUX. — Les syndromes choréiques d'origine méningo-corticale. *Thèse*, Montpellier, 1910-1911.

BOUJENAH. — Contribution à l'étude anatomo-clinique de la Chorée aiguë. *Thèse*, Paris, 1933.

BRAIN (W. R.). — Posture of the hand in chorea and other states of muscular hypotonica. *Lancet*, 214, 439, 1928.

BREMME. — Ein Beitrag zur Bindearmchorea. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.*, XLV, 107, 1919.

BRIZE. — Les chorées persistantes. *Thèse*, Montpellier, 1910-1911.

CAMBIES. — Revue générale sur les chorées. *Thèse*, Montpellier, 1914-1915.

CARVILLE et DURET. — Comptes rendus. *Soc. Biologie*, 10 oct. 1874, 20 déc. 1875.

CASTREN (H.). — Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der akuten chorea. *Finska. Läk. sällsk. Hdl.*, LXVI, 699, 1924.

CHAVANY. — Hémichorée pure très marquée avec troubles végétatifs. Soc. Neur. Paris, février 1926, in *Rev. Neur.*, 1929, t. I, p. 494.

CHAVANY, WORMS et THIÉBAUT. — Syndrome cérébello-thalamique avec mouvements involontaires du type des clonies rythmiques. Soc. Neur. Paris, séance du 8 janv. 1931, in *Rev. Neur.*, t. I, n° 1.

CHIRAY (M.), FOIX (Ch.) et NICOLESCO (I.). — Hémitremblement du type de la sclérose en plaques par lésion rubro-thalamo-sous-thalamique. Syndrome de la région supéro-externe du noyau rouge avec atteinte silencieuse ou non du thalamus. Soc. Neur. de Paris, séance du 22 mars 1923, in *Rev. Neur.*, 1923, p. 304, et *Annales de Médecine*, 1923, t. XIV, p. 173.

CLAUDE (H.). — Deux cas de chorée persistante. *Soc. Neur. de Paris*, 1er juillet 1909.

CLAUDE (H.). — Syndrome pédonculaire de la région du noyau rouge. *Rev. Neur.*, 1912, t. I, p. 311.

CLAUDE (H.) et LHERMITTE. — Chorée de Sydenham avec lésions des centres nerveux. *Encéphale*, 1909.

CLAUDE (Henri), LHERMITTE (Jean) et MEIGNANT (Paul). — Le syndrome de rigidité post-choréique avec démence. *L'Encéphale*, juin 1930, n° 6, p. 417, et juillet-août 1930, n° 7, p. 493.

CLAUDE (H.) et LHERMITTE (J.). — Syndrome choréique avec troubles mentaux chez une débile alcoolique. Mort par septicémie. Examen histologique. *L'Encéphale*, 4e année, n° 2, 10 février 1909, p. 163.

CLAUDE (H.) et LOYEZ (Mlle). — Ramollissement du noyau rouge. Soc. de Neur. de Paris, séance du 27 juin 1912, in *Rev. Neur.*, 15 juillet 1912, p. 49.

CONOS (B.). — Un cas de syndrome thalamique de Déjerine avec hémianopsie et troubles cérébelleux légers. *Encéphale*, 1908, p. 468.

COSSA (Paul). — *Anatomie du système nerveux*. A. Legrand édit., 1931.

COSSA (Paul). — *Physiopathologie du système nerveux*. Masson édit., 1936.

CREAK et GUTTMAN (E.). — Chorée, tics et paroles « forcées ». Congrès Neur. international, Londres, 29 juillet 1935, in *Rev. Neur.*, oct. 1935, p. 618, et in *Pres. Méd.*, 18 sept. 1935.

CREYX et DONNADIEU. — Sur un cas de chorée chronique type Huntington ayant débuté dans la seconde enfance. *Journ. de Médecine de Bordeaux*, n° 10, 10 avril 1931.

CROUZON (O.). — Les encéphalopathies infantiles familiales. *Rapport du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes,* Paris, mai-juin 1923.

CROUZON (O.), CHAVANY et MARTIN (René). — Electrocution ayant laissé des troubles choréo-athétosiques persistants. Discussion sur la nature organique. *Soc. Neur. de Paris,* février 1924.

CROUZON (O.). — Electrocution ayant laissé des troubles choréo-athétosiques persistants. Discussion sur la nature. *Soc. Neur. de Paris,* février 1926.

CROUZON (O.), CHRISTOPHE (Jean) et DESOILLE (Henri). — Syndrome du carrefour hypothalamique. *Soc. Neur. de Paris,* 4 déc. 1930.

CROUZON (O.) et COUVELAIRE (M.). — A propos de la chorée variable de Brissaud, trois observations de chorée. *Rev. Neur.,* 15 juin 1899.

CROUZON (O.) et LAROCHE (Guy). — Un cas de chorée chronique non progressive ayant débuté dans l'enfance. *Soc. de Neur. de Paris,* 1911.

CROUZON (O.) et NATTAN-LARRIER (N.). — Un cas de chorée rhumatismale de l'adulte. *Tribune Médicale,* 19 sept. 1903.

CROUZON (O.) et CHRISTOPHE (J.). — Syndrome pseudo-bulbaire et cérébelleux d'origine protubérantielle avec myoclonies rythmiques et synchrones vélo-pharyngo-facio-laryngées bilatérales et myoclonies oculaires et squelettiques unilatérales. *Rev. Neur.,* t. I, janv. 1936, p. 76.

DELMAS-MARSALET (P.). — Contribution expérimentale à l'étude des fonctions du noyau caudé. *Thèse,* Bordeaux, 1925.

DELCOURT et SAND. — Un cas de chorée de Sydenham terminé par la mort. *Archives des Maladies des enfants,* 1908, p. 826.

DONAGGIO (A.) (Modène). — Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal (données anatomo-pathologiques). *Congrès Neur. Intern. Londres,* 29 juillet-2 août 1935.

VON ECONOMO. — Beitrag zur Kasuistik und Erklärung der Postapoplektischen Chorea. *Wien. Klin. Wochenschrift,* 1912, III, 429.

ENTRES (J. L.). — *Zur Klinik und Vererbung der Huntingtonschen Chorea.* Berlin, Jul. Springer, 1921.

EUZIÈRE. — Hémichorée et hémiathétose chez un paralytique général. *Montpellier Médical,* p. 211, 215, 1909.

EUZIÈRE et CLÉMENT. — Sur quelques particularités des troubles moteurs dans un cas de P.G. *Montpellier Médical,* 1905.

EUZIÈRE et PEZET. — Paralysie générale et chorée. *Provence méd.,* 1910.

EUZIÈRE, VIDAL (J.), VIALLEPONT (H.) et BERT (J. M.). — Sur un cas de chorée chronique de l'adulte consécutive à une chorée de l'enfance. *Arch. Soc. Sc. Méd. de Montpellier et du Languedoc Médit.,* juin 1934.

FAURE-BEAULIEU (M.) et DESCHAMPS (P.-N.). — Hémiplégie cérébelleuse syphilitique à forme cérébello-pyramido-thalamique. Soc. Neur. de Paris, séance du 7 février 1924, in *Rev. Neur.,* 1924, p. 234.

FERRAGU. — Troubles de la parole dans les chorées. *Thèse,* Paris, 1912.

FIORE (G.). — Contributo allo studio della anatomia patologica e della corea del Sydenham. *Riv. Cli. Pédiat.,* XX, 193, 1922.

FISCHER (O.). — Zur Frage der anatomischen Grundlagen der « Athetose double » und der posthemiplegischen Bewegungsstörungen überhaupt. *Zeitsch. f. d. gesam. Neur. u. Psych.*, VII, 463, 1911.

FOERSTER (O.). — Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. *Zeitsch. f. d. Gesam. Neur. u. Psych.*, LXXIII, 1921.

FOERSTER (O.). — Das Wesen der choreatischen Bewegungstörung. *Sammlung Klinisches Vorträge beg. v. Volkmann*, p. 259, 294, Leipzig, 1903, 1907.

FOIX (Ch.) et BOUTTIER (H.). — Un cas de syndrome sous-thalamique. Soc. de Neur. de Paris, séance du 3 nov. 1921, in *Rev. Neur.*, 1921, p. 1270.

FOIX et THÉVENARD. — Les réflexes de posture. *Rev. Neur.*, 1923, n° 5.

FOLLY. — Syndrome du carrefour hypothalamique. Soc. de Neur. de Paris, séance du 5 mars 1931, in *Rev. Neur.*, I, n° 3, mars 1931, p. 358.

GAMPER (E.). — Art. Chorea Infectiosa in *Handbuch der Neurologie* de O. Bumke et O. Foerster, Bd XII, J. Springer, Berlin, 1935.

GARCIN (Raymond). — Les Ataxies. *Rapport du Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. XXXVII[e] session, Rabat, 7-13 avril 1933.

VAN GEHUCHTEN. — Un cas de chorée de Sydenham. Etude anatomique. *Rev. Neur.*, 1931, t. I, p. 490.

VAN GEHUCHTEN. — Les lésions de la chorée de Sydenham. *Soc. Médico-psychologique*, 12 mars 1931.

GONNET. — Chorées dans les tumeurs cérébrales. *Thèse*, Lyon, 1909-1910.

GORDON. — A note on the Knee-jerk in Chorea. *Brit. Medi.*, 1901, p. 765.

GREENFIELD (J. G.) and WOLFSOHN (J. M.). — The pathology of Sydenhams Chorea. *Lancet*, 1922, p. 603.

GRIGORESCO et AXENTE. — Syndrome Luysien, Influence du tabac sur les grands mouvements d'hémiballisme. *Rev. Neur.*, 1931, t. I, p. 361.

GUILLAIN (Georges) et ALAJOUANINE (Th.). — Le syndrome du carrefour hypothalamique. *Pr. Méd.*, 20 déc. 1924, p. 1013, et *Etudes Neurologiques*, 4[e] série, 1930, 1 vol. Masson.

GUILLAIN (Georges), ALAJOUANINE (Th.) et MATHIEU (P.). — Un cas de syndrome de la région hypothalamique. Soc. de Neur. de Paris, séance du 3 juillet 1924, in *Rev. Neur.*, 1924, II, p. 75.

GUILLAIN (Georges) et MOLLARET (P.). — Sclérose en plaques avec tremblement cérébelleux, parkinsonien et hémiballismus. La forme hypothalamo-pédonculaire de la sclérose en plaques. *Bull. et Mém. Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, séance du 7 février 1930, p. 188.

GUILLAIN (Georges), PÉRON (N.) et THÉVENARD (A.). — Syndrome de la calotte pédonculaire, caractérisé par une paralysie de la troisième paire et un hémisyndrome cérébelleux alterne avec tremblement monoplégique du membre supérieur. *Rev. Neur.*, 1927, t. I, p. 662.

HALBAN et INFELD. — *Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Universit.*, 1902.

HALL (H. C.). — La dégénérescence hépato-lenticulaire, 1 vol., Masson, 1921.

HARVIER et LEVADITI. — Preuve anatomique et expérimentale de l'identité de nature entre certaines chorées graves aiguës fébriles et l'encéphalite léthargique. *Soc. Méd. Hôp. de Paris,* 7 mai 1920.

HASKOWEC. — Contribution à l'histopathologie de la Chorée de Huntington. *Rev. Neur. Tchèque,* 1929, n° 46.

HENOCH et GRAWITZ. — *Deutsch. med. Wochenschr.,* 1883.

HERZ (E.). — *Die amyostatischen Unruheerscheinungen.* Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1931.

HILLEMAND (P.). — Contribution à l'étude des syndromes de la région thalamique. *Thèse,* Paris, 1925.

HUNT (J. Ramsay). — Dyssinergia cerebellaris myoclonica. Primary atrophy of the dentate system : contribution to the pathology and symptomatology of the cerebellum. *Brain,* 1921, p. 490, 538.

HUNT (J. R.). — The syndrome of the globus pallidus. *Journal of nerv. and ment. dis.,* vol. XLIV, p. 437, 1916.

HUNT (J. R.). — The existence of two distinct physiological systems for the transmission of motor impulses in peripheral nerves. *Brain,* vol. XLI, p. 302, 1918.

JAKOB. — Syndrome de hémiballismo coreiforme cruzado por hemorragia en el nucleo ipotalamico. *Arch. Argentinos di Neur.,* 1928, n° 1, p. 1.

JAKOB (A.). — Die extrapyramidalen Erkrankungen. *Monog. a. d. Gesamt. d. Neur. u. Psych.,* vol. XXXVII, édit. Julius Springer, Berlin, 1923.

JELGERSMA. — Die anatomischer Veränderungen bei Paralysis agitans und bei chronischen Chorea. *Verhandl. d. Ges. dtch. Naturforsch. u. Aerzte zu Köln,* II, 2e partie, Leipzig, 1909.

JELGERSMA. — Neue anato. Befunde bei paralysis agitans und bei chronischer chorea. *Neur. Centralb.* Bd XXVII, 1908, p. 995.

JERMUTOWICZ. — Un cas d'hémiballisme partiellement amélioré après intervention périphérique. *Rev. Neur.,* 1931, t. I, p. 375.

KAPPERS (A.). — *Die vergleichende Anatomie der Nervensystems der Wirbeltiere und der Menschen,* vol. I et II, Haarlem, 1921.

KLEIST. — Die psychomotorischen Störungen. *Monatssch. f. Psych. u. Neur.,* 1922, p. 253.

KLEIST. — Anatomi. Befunde bei Huntingtonschen Chorea. *Arch. f. Psy.* Bd L, 1913, p. 1014.

KLEIST. — Zur Auffassung der subcorticalen Bewegungsstörungen. *Arch. f. Psych.,* vol. LIX, 1918, p. 790.

KLIPPEL (M.) et WEIL (Mathieu-Pierre). — Article Chorées in *Traité de médecine Teissier-Widal,* fasc. XXI, p. 751.

KOLISCH (R.). — *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.,* 1893.

KOPPEN. — Ueber Chorea und andere Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten. *Arch. f. Psych.,* 19, 1896.

KREBS (Ed.). — Myoclonies et mouvements involontaires de l'encéphalite épidémique. *Thèse,* Paris.

LAEDERICH (L.), MAMOU (H.), BEAUCHESNE (H.) et VAISMAN (A.). — Etude anatomo-clinique d'un cas de chorée aiguë mortelle. *Soc. Méd. Hôp. de Paris,* séance du 24 juin 1932.

LAFORA (G. R.). — Chorée et athétose expérimentale (note préliminaire). *Libro en honor de S. Ramon y Cajal,* Madrid, 1922, p. 261, 263.

LEWANDOWSKY. — *Die Funktionen des centralen Nervensystems.* Iena, 1907, G. Fischer, édit.

LEWANDOWSKY et STADELMANN. — *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.,* 1912, XII, 530.

LÉVY (Gabrielle). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite. *Thèse,* Paris, 1922.

LEWY (F. H.). — Die Lehre vom Tonus und der Bewegung. *Monog. a. d. gesamt. d. Neur. u. Psych.,* Heft 34, Julius Springer édit.

LHERMITTE (J.). — Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié chez le vieillard. *Rev. Neur.* n° 4, avril 1922.

LHERMITTE (J.). — Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié. *Ann. de Méd.* 1920.

LHERMITTE (J.). — Le syndrome du corps de Luys. *L'Encéphale,* mars 1928, p. 181.

LHERMITTE (J.). — Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié. Exposé des travaux des fond. Déjerine. *Rev. Neur.,* n° 4, avril 1922, p. 406.

LHERMITTE (J.) et Mlle BOURGUINA (A.). — La chorea cruciata. Diagnostic différentiel des chorées chroniques d'origine striée et d'origine cérébelleuse. *L'Encéphale,* n° 4, avril 1923, p. 228.

LHERMITTE (J.) et MAC ALPINE (Douglas). — A clinical and pathological resume of combined disease of the pyramidal and extrapyramidal systems, with especial reference to a new syndrome. *Brain,* juin 1926, p. 157.

LHERMITTE (J.) et DUPONT (Y.). — Sur un cas d'hémichorée à début foudroyant. *Rev. Neur.* t. I, p. 490.

LHERMITTE (J.) et LAMAZE. — Sur la symptomatologie de la chorée de Huntington, à propos d'un cas clinique. *Soc. de Neur. de Paris,* séance du 1er juillet 1920.

LHERMITTE (J.), DE MASSARY (J.) et ALBESSARD. — Hémichorée post-apoplectique, lésion probable du corps de Luys. *Soc. de Neur. de Paris,* 1er déc. 1932.

LHERMITTE (J.) et MUGNIER. — Syndrome thalamo-sous-thalamique, ataxie, tremblement cinétique, phénomènes cérébelleux, agrypnie persistante. Syndrome thalamo perforé de Ch. Foix. *Rev. Neur.,* déc. 1927, p. 681.

LHERMITTE (J.) et PAGNIEZ. — Les lésions cérébrales de la chorée de Sydenham à forme aiguë. *Bul. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 1929, n° 23, p. 945.

LHERMITTE (J.) et PAGNIEZ (Ph.). — Anatomie et physiologie pathologique de la chorée de Syndenham. *L'Encéphale,* XXVe année, n° 1, janvier 1930.

LHERMITTE (J.) et PORAK. — Sur un cas de chorée chronique de Huntington avec examen anatomique. *Soc. de Neur. de Paris,* 25 juin 1914.

LHERMITTE (J.) et TRELLES (O.). — Physiologie et physiopathologie du corps strié et des formations sous-thalamiques. *L'Encéphale,* XXVIIe année, mars 1932, p. 235.

LONG. — Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique. *Rev. Neur.*, février 1910, p. 200.

LOTMAR. — Die Stammganglien und die extrapyramidal motorischen Syndrome. *Monographien aus dem gesamtgebiete der Neurologie und Psy.*, Heft 48, Berlin, Springer, 1936.

MARIE (Pierre) et CROUZON (O.). — Chorée chronique de nature indéterminée chez un homme de soixante ans (début à l'âge de sept ans). *Soc. de Neur. de Paris,* 2 avril 1903.

MARIE (Pierre) et FOIX (Ch.). — Formes cliniques et diagnostic de l'hémiplégie cérébelleuse syphilitique. *Sem. Méd.*, 1913, p. 150.

MARIE (Pierre) et GUILLAIN (Georges). — Lésion ancienne du noyau rouge. Dégénérations secondaires. *Nouv. Iconographie Salpétrière,* n° 2, mars-avril 1903.

MARIE (Pierre), BOUTTIER (P. H.) et TRETIAKOFF. — Etude anatomo-clinique sur un cas de chorée aiguë gravidique. *Bul. Soc. Méd. Hôp.*, 1923, 39, p. 1127.

MARIE (Pierre) et LHERMITTE (J.). — Les lésions de la chorée de Huntington, étude anatomo-clinique et histologique de deux cas. *Soc. de Neur. de Paris,* séance du 27 juin 1913.

MARIE (Pierre) et LÉVY (Gabrielle). — Un nouveau cas de mouvements involontaires à forme choréique apparus à la suite de phénomènes infectieux avec manifestations d'encéphalite. *Soc. Neur. de Paris,* 5 juin 1919.

MARIE (Pierre) et TRETIAKOFF. — Examen histologique des centres nerveux dans un cas de chorée aiguë de Sydenham. *Rev. Neur.*, mai 1920, p. 428.

MARIE (Pierre) et LHERMITTE (J.). — Les lésions de la chorée chronique progressive. *Annales de Médecine* 18, 1914 et *Soc. de Neur. de Paris,* séance du 27 juin 1912 in *Revue Neur.*, juillet 1912.

MARINESCO, KREINDLER (G. A.) et COHEN (E.). — Corea acuta et catalessia. *Riforma Médica,* année XLVI, n° 30, 28 juillet 1930, p. 1191.

AQUILÈS S. MAROTTA. — Physiopathologie des noyaux gris de la base de l'encéphale. *Rivista de la Association Medica Argentina,* t. XL, n° 253, 256, janvier-avril 1927.

AQUILÈS S. MAROTTA. — Los syndromes motores extrapyramidales. *Rivista Medica latina Americana,* avril 1926, a XI, n° 12.

PURDON MARTIN. — A contribution to the study of chorea. *Brain,* vol. I, Part. 3, 4, 1927.

PURDON MARTIN (J.). — Hemichorea resulting from local lesion of brain (syndrome of body of Luys). *Brain,* 50, 637, 651, oct, 1927.

MATZDORFF (Paul). — Beiträge zur pathologie der extrapyramidal motorisch systems. Das syndrom des corpus Luysi. *Zeitschr. f. gesan. Neur. u. Psy.*, vol. CIX, p. 538, 1927.

MAYER (C.) und REISCH (O.). — Zur symptomatologie der Huntingtonschen Chorea. *Arch. f. Psych.* 74, 795, 1925.

MÉRY et BABONNEIX. — Un cas de chorée mortelle. *Gaz. Hôp.*, 1908.

NEUSTAEDTER. — Sur la localisation des lésions de la chorée progressive dans le corps strié. *Jour. of. Nervous and Mental Disease,* vol. 78, n° 5, 1933, p. 470, 491. In *Ann. Méd. Psy.*, n° 1, janvier 1935.

Niessl von Mayendorf. — Ueber die pathologischen Komponenten der Choreatischen phänomens. *Vers. Mitteldeutsch. Neur. u. Psy.*, Halle 27, octobre 1912.

Niessl von Mayendorf. — Chorée et noyau lenticulaire. *Monatsch. f. Psy., u. Neur.* 5, 6, 273, 1929.

Niessl von Mayendorf. — Hirnpathologische Ergebnisse bei chorea und choreatischen Phänomenen. *Arch. f. Psy. u. Nervenkrank.*, vol. LI, 1913.

Orzechowsky. — Anatomie pathologique et pathogénie de la chorée. *Arbeit. a. d. Neur. Inst. a. d. Wiener Universitat.* Wien, 1907.

Pachon et Delmas-Marsalet. — Effets produits par l'excitation électrique des noyaux caudés chez le chien éveillé. *Soc. de Biologie*, 1er juillet 1923.

Payan (L.) et Mattei. — Chorée de Sydenham. *Gaz. Hôp.*, 16, 23 nov. 1912.

Pelnar et Silk. — L'hémiballisme, le ballisme aigu et le corps de Luys. *Rev. Neur.*, 1929, II, p. 328.

Pette. — Zur Lokalisation hemichoreatischen Bewegungsstörungen. *Zentralblatt. f. Neur.* Band 20, Heft 7, 1922.

Pfeiffer. — The pathology of chronic progressive chorea. *Brain*, 1913.

Poppi. — Esiste una sindrome del corpo subtalamico di Luys? *Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. XXXV, fasc. 3, 30 juin 1930, p. 219.

Potet (Maurice). — Le syndrome de l'hémiballisme. *Monde Médical*, 1er août 1933, p. 858.

Raymond (F.). — Etude anatomique physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symtomatiques. *Thèse*, Paris 1876.

Reisch. — Ueber die Phänomenologie und die pathologischen Grundlagen reflektorisch erhöhter Spannungszustände der Muskulatur bei Chorea minor. *Deutsch. Z. f. Nervenheilk.*, 132, 227, 1933.

Roger (Henri), Alliez (J.) et Paillas (J.). — Les chorées chroniques de l'adulte. *Com. Méd. Bouches-du-Rhône*, séances de nov. 1934 et in *Provence Méd.*, 15 déc. 1934.

Roger (Henri), Alliez (Joseph) et Boudouresques (Jacques). — Les chorées chroniques de l'adulte et du vieillard. *Marseille Médical*, avril 1936.

Roussy (G.). — La couche optique, le syndrome thalamique, étude anatomique, physiologique et clinique. *Thèse*, Paris, 1907.

Roussy (G.) et Cornil (L.). — A propos de deux cas de syndrome thalamique ; origine striée probable de certains troubles moteurs associés : athétose, syntonie d'automatisme, hypertonie fonctionnelle. *Soc. Neur.*, Paris, séance du 2 juin 1921, in *Rev. Neur.*, 1921, p. 737.

Roussy (G.) Lévy et Bertillon. — Un cas d'hémisyndrome cérébelleux avec tremblement du type sclérose en plaques et mouvements athétosiques. Lésion probable de la région supérieure du noyau rouge, rubro-thalamique. *Rev. Neur.*, 1925, t. I, p. 29.

Sainton (Paul). — Les chorées chroniques. *Rapport XIX, Congrès Aliénistes et Neurologistes*, Nantes, août 1909.

SHERRINGTON. — Decerebrate rigidity and reflex coordination of movemen. *Journ. of. Phys.*, 1897, vol. XXII.

SJÖGREN. — Du syndrome accompagnant les lésions du corps hypothalamique de Luys. *Acta psychiatrica et neurologica,* Copenhague, 1931, p. 301.

SLAUK. — Beïtrag zur Histopathologie der Chorea infectiosa. *Dtsch. Arch. Klin. Méd.*, 142, 279, 123.

SOUQUES (A.). — Formes choréiques de l'encéphalite léthargique. *Soc. Méd. Hôp.*, 30 avril 1920.

SOUQUES, CASTERAN et BARUK. — Un cas de syndrome de Bénédikt. *Rev. Neur.*, 1925, p. 610.

SOUQUES, CROUZON et BERTRAND. — Révision du syndrome de Bénédikt à propos de l'autopsie d'un cas de ce syndrome. Forme trémo-choréo-athétoïde et hypertonique du syndrome du noyau rouge. Soc. de Neur. de Paris, séance du 22 mai 1930, in *Rev. Neur.*, t. II, p. 378, 417, n° 4, oct. 1930.

SPATZ. — Physiologie und pathologie der Stammganglien in *Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie,* vol. X, fasc. 2, p. 318, 1927.

SGRINGLOWA (Mlle). — Etude anatomo-clinique d'un cas de chorée hémiplégique. *Soc. de Neur. de Prague,* séance du 13 nov. 1929. Analyse in *Rev. Neur.*, 1930, t. I, p. 99.

STERN. — Beitrage zur Pathologie und Pathogenese der chorea chronica progressiva. *Arch. f. Psych.*, 63, 37, 1921.

STERTZ (G.). *Die extrapyramidale Symptomenkomplex.* Berlin, Karger, 1921.

STONE (T. T.) et FALSTEIN (E. I.). — Chorée de Huntington, étude anatomo-clinique de 7 cas. II[e] Congrès Neur. Int. Londres, 29 juillet-2 août 1935, in *Pr. Méd.*, 18 sept. 1935.

THÉVENARD (A.). — Les dystonies d'attitude. *Thèse,* Paris, 1927.

THIERS (J.). — *La syphilis du cervelet et les connexions cérébelleuses.* Doin édit., 1934.

THIERS (J.). — L'hémiplégie cérébelleuse. *Thèse,* Paris, 1915.

ANDRÉ-THOMAS. — *La fonction cérébelleuse,* Paris, 1911, Doin édit.

ANDRÉ-THOMAS. — De la nature des mouvements choréiques. Ces mouvevements peuvent-ils être considérés comme des mouvements réflexes. *Pr. Méd.*, n° 3, 11 janvier 1922, p. 25.

ANDRÉ-THOMAS. — La chorée et la réflectivité pathologique de l'écorce cérébrale, à propos d'un cas d'hémichorée posthémiplégique. *Pr. Méd.*, n° 10, 4 mars 1931, p. 338.

TINEL (J.). — Etude anatomique de deux cas de chorée aiguë. *Soc. de Neur. de Paris,* 25 juin 1914.

TOKAY (Lad.). — Etude sur la chorée chronique et ses rapports avec le striatum. *Arb. aus dem Neur. Institute an der Wiener Univer.* Un vol. 1932.

TOUCHE. — *Revue Neurologique,* n° 9, p. 1080.

TRELLES (O.). — Le système moteur extrapyramidal. *Gaz. Hôp.*, 14 nov. 1931.

Urechia (C.) et Elakes (N.). — Etude anatomo-elinique sur un cas de chorée aiguë gravidique. *Arch. Neur.*, 44, 41, 1925. — *L'Encéphale,* XXX[e] année, janv. 1935, p. 55.

Urechia (C.) et Mihalescu (S.). — Examen anatomique d'un eas de chorée aiguë rhumatismale. *Rev. Neur.,* 1928, t. I. p. 522.

Vincent (Clovis). — Syndrome thalamique avec troubles cérébelleux et vaso-asymétrie. Soe. Neur. de Paris, séance du 4 juin 1908, in *Rev. Neur.,* 1908, p. 553.

Vogt (C. et O.). — Zur Kenntnis der pathologisehen Veränderungen der Striatum und Pallidum und zur Pathophysiologie der dabei auftretenden Krankheitserscheinungen. *Sitzungb. d. Heidelberger Akad. d. Wiss.,* 1919.

Vogt (C. et O.). — Zur Lehre der Erkrankungen der striarer systems. *Jour. f. Psych. u. Neur.,* vol. XXV, 1920, p. 627.

Warner. — Lésions expérimentales de l'hypothalamus du cobaye. *Jour. of nervous and mental Diseases,* vol. LXIX, n° 6, juin 1929, p. 661.

Wenderowic. — Ueber das anatomische Substrat der Hemiballismus. *Zeitsch. f. die ges. Neur. u. Psych.,* 1928, I Band, 114, n° 78.

Wilson (S. A. Kinnier). — The old motor system and the new. *Arch. of Neur. and Psych.* Ap. 1924, vol. II, p. 385, 404.

Wilson (S. A. Kienner). — The Croonian Leetures on some disordres of motility and of muscle tone with speeial reference to the corpus striatum. Delivered before the Royal College of Physieians of London. *The Lancet,* July 4, 11, and 25 August, 1 and 8, 1925.

Wilson (S. A. Kinnier). — *Modern problems in Neurology,* 1 vol. 364 pages, 1928, London, Edwards Arnold et C° édit.

Wilson (S. A. Kinnier). — *Brain,* vol. XXXVI, 1914, p. 427.

Wilson (S. A. Kinnier). — Die Pathogenese der unwillkurlichen Bewegungen mit besonderer Berueksstigung der Chorea. *Deutsch. Ztschr. f. Nerven.,* Bd CVIII, 1928, Heft 1, 3.

Yevremowitch. — Contribution à l'étude des mouvements ehoréiques dans la paralysie générale. *Thèse,* Paris, 1923.

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. le Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg). — Je ne prends pas la parole pour discuter les faits ou les idées consignés dans l'excellent Rapport dont nous venons d'entendre l'élégant et substantiel exposé. Je veux seulement apporter quelques remarques personnelles, quelques faits complémentaires, quelques éléments d'interprétation que je développerai davantage dans une communication annoncée ; je vous proposerai enfin d'ajouter, aux formes connues de chorée, une forme qui me paraît mériter son droit de cité : la forme pubérale ou de croissance, probablement non infectieuse et de pronostic très favorable.

Les remarques que je vais développer concernent des cas de chorée subaiguë. Elles ont trait à la tonicité, aux réflexes tendineux, à la faiblesse musculaire, aux troubles de la coordination, à la statique générale, au problème pathogénique de la chorée, et à la forme clinique que je viens d'annoncer.

1° Tonicité musculaire. — Les manifestations qui traduisent l'état d'hypotonie chez le choréique frappent d'abord et surtout. Mais s'il est vrai que le ballottement de la main est très ample, et que l'extensibilité des muscles des membres choréiques est très forte, nous ne devons pas oublier qu'il s'agit souvent d'enfants chez qui ballottement et extensibilité sont très développés normalement. Il y a, le plus souvent, dans l'hémichorée, une accentuation — pas toujours considérable — de ces deux phénomènes du côté le plus, ou seul atteint.

En poursuivant l'analyse du membre dit hypotonique, on est souvent étonné de constater que la *consistance musculaire* n'est nullement diminuée. Enfin, en observant l'automatisme du membre supérieur choréique, pendant la marche, et en se souvenant de ce qui est ordinaire chez l'hypotonique cérébelleux, que voit-on ? *Le membre atteint se déplace beaucoup moins que le membre sain ;* parfois même, il reste à peu près *collé au flanc* ou bien encore *il bat frontalement contre lui* à chaque pas.

Quand on commande au malade de se retourner brusquement, le bras choréique peut se déplacer très amplement comme chez le cérébelleux ; mais souvent il demeure collé au corps, comme si une contraction automatique, agissant à la racine du membre, le maintenait à peu près immobile.

Ces remarques nous conduisent à penser que l'hypotonie du choréique diffère de certaines autres hypotonies et qu'elle n'est peut-être pas toujours pure ou isolée. L'examen des réflexes tendineux ajoute à cette idée une certaine base nouvelle, comme nous allons le voir.

2° Etat des réflexes tendineux. — On a noté la faiblesse des réflexes tendineux : elle est très habituelle à la période initiale et moyenne de la chorée aiguë ou subaiguë ; il est intéressant de rapprocher de ce fait le caractère normal, ou même vif, des *réflexes cutanés,* ce qui s'oppose doublement à ce que l'on observe ordinairement dans les syndromes pyramidaux irritatifs, même frustes.

On a noté aussi le caractère pendulaire des réflexes tendineux de nombreux choréiques, mais peut-être n'a-t-on pas insisté sur ce fait que ce caractère pendulaire peut s'observer avec la plus grande netteté avec des réflexes dont le seuil est élevé, voire très élevé. Il est important de noter aussi qu'au cours d'un même examen, on peut voir le seuil des réflexes tendineux varier très fortement et plusieurs fois, et dans les deux sens.

Enfin, et ceci constitue un petit fait qui peut avoir son intérêt, nous avons observé plusieurs sujets qui avaient des réflexes tendineux à seuils très élevés (gardant cependant le type pendulaire) et une absence totale du phénomène de Gordon, ou plus légitimement, de Weill-Gordon. Employait-on, chez ces sujets, la manœuvre de Jendrassick : on voyait alors apparaître, et de la manière la plus nette, le dit phénomène. Ceci porte à penser qu'il constitue une manifestation d'hypertonie, et à croire que, chez le choréique, on peut observer un *mélange spécial d'hypo et d'hypertonie, à dominante hypotonique,* comme certaines remarques énoncées plus haut nous y conviaient déjà.

3° De la faiblesse du choréique. — Elle peut revêtir diverses modalités : on a noté *l'irrégularité dans l'effort musculaire prolongé,* c'est un fait très habituel. Il est curieux de

constater que, *longtemps après la cessation complète des mouvements choréiques,* le sujet peut se plaindre d'une certaine *faiblesse dans les membres* qui en avaient été le siège, même sans qu'à aucun moment de l'évolution de la chorée, il y ait eu un épisode paralytique. Une 3e forme de troubles est curieuse et beaucoup plus importante que les précédentes. Il s'agit de *troubles réellement paralytiques.* Ils se présentent soit au cours, soit au début de la chorée (souvent même précèdent les mouvements choréiques).

Nous avons quelques observations où, brusquement, en pleine santé, ou après quelques jours de malaise banal, fébrile ou non, l'enfant s'effondre, ne peut faire un mouvement avec les membres inférieurs et même supérieurs, et ne peut dire un mot. Cet épisode est généralement de courte durée ; la motilité volontaire reparaît en même temps que les mouvements choréiques.

Au cours de la chorée, d'une chorée sérieuse généralement, on peut voir se développer une *véritable hémiplégie* (qui a le type flasque). Les mouvements choréiques s'arrêtent brusquement aux membres atteints, les réflexes tendineux sont totalement abolis, les réflexes cutanés subsistent, le cutané plantaire reste en flexion, la motilité volontaire fait totalement défaut. Nous avons pu suivre plusieurs cas de ce genre ; la disparition complète de l'hémiplégie s'est faite sous nos yeux.

4° De la coordination chez le choréique. — On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait considérer le mouvement du choréique comme une manifestation d'incoordination vraie et lui assigner, de ce fait, une origine cérébelleuse.

Nous croyons que c'est seulement à la phase atténuée de la chorée que l'étude de la coordination peut être utilement faite. Pour résumer notre opinion, que nous ne pouvons développer dans l'étroit espace réservé aux discussions, nous dirons : nous n'avons rien observé, à la phase que nous avons choisie, qui méritât le nom d'incoordination cérébelleuse ; même quand il y avait incorrection dans l'épreuve des marionnettes et du retournement de la main, on percevait nettement qu'elle était due à des mouvements involontaires contrariant la motilité volontaire. Alors que ces altérations de forme du mouvement existaient au cours des épreuves mentionnées, on pouvait obtenir une épreuve du doigt au nez (beaucoup plus sensible),

parfaitement correcte ; elle permettait même de noter, beaucoup mieux que les précédentes, la brusque déviation choréique de la main survenant parfois dans une série importante d'épreuves tout à fait normales.

5° État de la statique du choréique. — On n'a, d'ordinaire, abordé cette question qu'incidemment, et admis alors que les troubles observés avaient le cachet cérébelleux ; on s'est étonné, dans ces cas, de trouver de pareils troubles non accompagnés d'altération de la statique, et on a parlé de troubles cérébelleux dissociés. Nous pensons que *troubles cérébelleux et troubles statiques sont choses très différentes*, et souvent absolument séparées.

Nous avons dit ailleurs que la statique appartient pour nous à l'appareil de l'équilibration, et que l'appareil cérébelleux régit seulement la synergie dans de très nombreuses manifestations. Quand il y a trouble de l'équilibre chez un cérébelleux, il est dû ou à une association de troubles de la statique, ou bien il est *secondaire* au trouble de la synergie des contractions musculaires pendant la marche. Chez le vestibulaire, au contraire, le trouble de l'équilibre est *primitif* et coïncide avec une synergie parfaite (quand il est pur de toute immixtion cérébelleuse).

6° Considérations sur la localisation des lésions de la chorée aiguë ou subaiguë. — Ces considérations seront exposées au cours de la communication que nous devons faire sur un cas d'hémiballisme, ce soir même.

7° Chorée de la puberté et chorée de la période de croissance. — En dehors des formes signalées par les classiques et retenues par le Rapporteur, et sans discuter leur réalité et leur nature, le plus souvent infectieuse, nous devons dire que nous avons été frappé depuis longtemps par la fréquence d'apparition de la chorée à la phase pubérale, ou à l'occasion des grandes poussées de croissance. Dans ces cas, il n'y a pas de fièvre, les troubles, uni ou bilatéraux, coïncidant souvent avec une soif spéciale, ont été précédés ou s'accompagnent de légère hypersomnie qui pourrait les faire prendre pour une manifestation d'encéphalite léthargique ; aucune complication cardiaque ne se développe ; et dans l'avenir, aucune manifestation extrapyramidale, aucun syn-

drome parkinsonien n'apparaît. Nous pensons que la coïncidence, ou de la puberté en évolution, ou de la croissance en pleine activité, peut conduire à l'idée que la congestion ordinaire des centres de la région infundibulo-tubérienne pendant ces deux moments de l'évolution de l'individu, peut les déborder, et atteindre ceux qui président aux mouvements choréiques et siègent dans leur voisinage ou immédiat ou peu éloigné, suivant la conception que l'on s'en fait.

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte par ce Congrès pour émettre cette idée et serions heureux de connaître l'opinion de tous nos Confrères à ce sujet.

L'étude du mouvement choréique entre peut-être dans une nouvelle phase ; *aux discussions sur la localisation anatomo-pathologique*, qui ont provoqué tant de travaux intéressants et utiles, *doivent peut-être faire suite de nouvelles observations cliniques* qui apporteront des précisions, isoleront davantage le mouvement choréique du mouvement athétosique, et du mouvement cérébelleux, et permettront d'interpréter encore mieux que par le passé les lésions organiques, quelquefois strictement limitées et isolées, mais le plus souvent diffuses. Quoi qu'il en soit, le rapport de M. Christophe demeure une mise au point très claire et très documentée de la question, et constituera, pour nous tous, une petite monographie infiniment précieuse.

Le Prof. Minkowski (de Zurich). — Pour ma part, je félicite sincèrement M. Christophe de son beau rapport. Je peux m'associer à la plupart des conclusions auxquelles il aboutit. En particulier, je suis aussi d'avis, comme je l'ai déjà développé en 1925 et 1926, que des lésions de localisations différentes sont susceptibles de donner lieu à des troubles choréiques et athétosiques, de sorte que l'on ne peut guère parler d'une localisation spécifique, striée ou autre, de troubles de cet ordre. Si l'on étudie la littérature immense de cette question, on peut constater que des formations cérébrales très diverses, non seulement les ganglions de la base (surtout le striatum — noyau caudé et putamen), mais aussi le cervelet et ses connexions, en particulier son pédoncule antérieur ou bras conjonctif (Bonhoeffer), le noyau rouge, la couche optique, la région sous-thalamique, différentes voies extra-pyramidales (anse lenticulaire, faisceau thalamo-strié, etc.), le fais-

ceau pyramidal, la capsule interne, ont été toutes mises en cause pour expliquer la chorée et l'athétose. Pourtant, pour chacune de ces formations, on peut opposer à des cas lésionnels positifs, c'est-à-dire accompagnés de mouvements involontaires, des cas négatifs, qui en sont restés exempts. En outre, dans les cas positifs, il s'agit le plus souvent, non de lésions isolées d'une des formations nommées, mais de lésions plus ou moins diffuses.

En ce qui concerne le mécanisme physio-pathologique de mouvements tels que ceux de la chorée ou de l'athétose, je voudrais dire, comme je l'ai d'ailleurs déjà dit autrefois, que l'on ne peut les expliquer par une simple libération de centres sous-corticaux normalement inhibés, ni par une excitation ou une série d'excitations, ni, enfin, par un simple trouble de régulation, centripète ou centrifuge. Il s'y agit plutôt d'un symptôme général de désorganisation et de déséquilibre fonctionnel et dynamique relevant du système sensitivo-moteur dans son ensemble et de ses interactions avec le système végétatif, symptôme qui peut être déterminé dans certaines conditions par des lésions de localisation variable, atteignant un des chaînons essentiels de ce système et ayant des répercussions dans tous les autres.

Les mouvements involontaires forcés présentent une sorte d'obsession motrice, et l'on peut aussi peu les déduire ni expliquer en faisant appel seulement à des mécanismes normaux, que l'on peut expliquer une idée d'obsession par de simples mécanismes psychogènes de la vie normale. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de phénomènes pathologiques qui ont leur propre structure particulière. Et si, chez le fœtus, il y a bien des mouvements athétoïdes et choréiformes à des niveaux sous-corticaux différents, comme je l'ai développé hier dans ma communication sur ce sujet, cela ne veut pas dire que la chorée et l'athétose de l'adulte signifient un simple retour à un niveau physiologique précoce. C'est que, chez l'adulte, tous les centres sous-corticaux du mouvement se trouvent englobés dans un système commun, dont le cortex constitue un chaînon très important, de sorte que si un de ces centres y compris l'écorce, vient à manquer ou à se dérégler, les autres se trouvent dans la nécessité de travailler dans des conditions anormales, dont l'effet peut se manifester par des phénomènes de diaschise, de désunion, d'altération du seuil

d'excitation et de répartition d'excitations d'ordre différent (proprio-, extéro- ou intéroceptives), par l'apparition de figures kinétiques inusitées, etc. C'est ce que j'ai bien réalisé encore en suivant les belles démonstrations cinématographiques de M. Christophe et en constatant les différences qui existent entre les formes de la chorée pathologique et ses prototypes fœtaux.

Pour illustrer ma pensée particulièrement par rapport à la prétendue libération de centres sous-corticaux comme condition essentielle de l'apparition de mouvements involontaires, je voudrais recourir à une comparaison empruntée à un autre domaine, en faisant naturellement toutes les réserves que des comparaisons de ce genre exigent. Si, dans un train en marche, le mécanicien est frappé d'apoplexie, et que le train déraille, ce n'est pas parce qu'il est libéré et peut suivre désormais sa fonction normale de dérailler, mais, au contraire, parce qu'il doit marcher dans des conditions complètement anormales, qui n'avaient pas été prévues lors de la construction de la voie ni de la locomotive. On pourrait évidemment développer cet exemple dans différentes directions.

M. Christophe conclut que si le trouble moteur d'excitation est susceptible d'être déclenché par des lésions de sièges divers, il doit néanmoins traduire l'activité d'un centre moteur intact qui, logiquement, doit être le même dans tous les cas, à savoir le cortex. Sur ce point, il me semble nécessaire de faire des réserves. J'ai exposé hier mes observations sur le fœtus humain, d'après lesquelles des mouvements athétoïdes et choréiformes peuvent se produire chez celui-ci à des niveaux différents, à partir d'un niveau bulbo-spinal (les premiers même à partir d'un niveau de transition neuro-musculaire). Je ne vois donc pas pourquoi, chez l'enfant et chez l'adulte, des mouvements d'ordre choréique et athétosique ne pourraient pas se produire aussi à des niveaux différents. Il semble, évidemment, naturel de supposer que, le niveau variant, les mouvements pathologiques correspondants se distinguent aussi entre eux par certains traits. La question reste à étudier de plus près, mais la diversité des mouvements choréiques et athétosiques connus semble plaider en faveur de cette conception.

M. le Prof. Henri ROGER (de Marseille). — Ayant eu l'occasion d'étudier longuement les chorées chroniques de l'adulte et du vieillard dans un mémoire récent, auquel M. Christophe a bien voulu faire allusion dans son remarquable travail, je ne peux que féliciter le rapporteur de son lumineux exposé.

Après mon ami, le Prof. Barré, je voudrais simplement insister, à propos des chorées aiguës type Sydenham, sur les réflexes tendineux de ces choréiques. On est frappé de lire, dans les classiques, en particulier dans le beau livre de Babonneix, l'aspect très différent des réflexes tendineux suivant les divers auteurs. Dans l'ensemble, ceux-ci sont donnés comme affaiblis. Ce n'est pas mon impression. Dans la plupart des chorées de Sydenham, que j'ai examinées à la phase du début hémichoréique, j'ai trouvé les réflexes plutôt exagérés de ce côté, par rapport au côté sain, coïncidant d'ailleurs avec un petit syndrome pyramidal déficitaire.

M. le Dr ROUQUIER (de Nancy). — M. Christophe, dans son rapport si clair et si documenté, nous a remarquablement mis au point une question bien complexe et soulevé de nombreux problèmes, auxquels nous ne pouvons encore donner de réponses. Je vais lui demander la permission d'apporter à l'étude des chorées une modeste contribution.

1° Je voudrais tout d'abord insister sur la fréquence des hémichorées post-infectieuses, qui sont d'ailleurs susceptibles de devenir chroniques. J'en vois beaucoup plus que de chorées généralisées. Il en est, à ce point de vue, comme des myopathies. La fréquence des formes unilatérales ou à prédominance unilatérale doit nous faire envisager l'hypothèse de lésions intéressant un ou plusieurs systèmes, vraisemblablement croisés par rapport au côté malade, systèmes dont l'origine pourrait bien être corticale, peut-être préfrontale avec relai strié.

2° Ignorant les travaux de M. F. H. Lewy, de Berlin, j'ai, comme lui, avec mon élève Grandpierre, enregistré la contraction du muscle biceps de quelques choréiques, provoquée par des décharges de condensateurs, et fait exactement les mêmes constatations. Chez ces malades (je cite textuellement le rapport), « le myogramme montre le plus souvent une ascension verticale brusque avec crochet de retour sensiblement normal,

mais suivi de nouveaux mouvements anormaux d'ascension et de retour, qui n'aboutissent à une descente franche qu'après plusieurs hésitations ». Il s'agit, en somme, de lenteur de la décontraction entrecoupée de petites contractions, c'est-à-dire de la réaction dysmyotonique. Les procédés ordinaires de recherche des réactions électriques ne permettent pas de la rendre évidente chez de nombreux malades qui la présentent. Beaucoup plus sensible, la méthode des réactions électriques enregistrées la décèle chez eux. Il y a là un procédé très fécond d'étude des diverses rigidités ou hypotonies musculaires pathologiques. Nous donnerons ailleurs le résultat de recherches actuellement avancées.

Chez les hémichorées, la réaction est toujours plus marquée du côté malade que du côté sain, en apparence, mais existe, ébauchée de ce côté, avec tout au moins lenteur de la décontraction. Il en est de même d'ailleurs chez les blessés d'un seul lobe frontal, chez certains parkinsoniens à forme unilatérale.

3° Est-ce à dire que cette constatation soit un argument en faveur de l'origine préfrontale primitive des chorées ? Je n'oserai l'affirmer. Il y a néanmoins des travaux anglais récents qui, par ventriculographie, mettent en évidence l'atrophie du lobe frontal de malades atteints de chorées chroniques. M. Christophe a constaté un signe du biceps chez un sujet atteint d'hémichorée. Il y a fréquemment chez ces malades, sur un fond d'hypotonie, des spasmes d'action, de la contracture intentionnelle, de l'hypertonie d'effort que le signe du biceps, dont la recherche est très facile, rend évidentes. On l'observe souvent chez des sujets atteints de lésions préfrontales. On le rencontre aussi chez certains cérébelleux, chez des parkinsoniens à forme trémulante non hypertoniques, ni bradykinétiques. J'en poursuis actuellement l'étude avec des myogrammes.

4° Il est fréquent d'observer, après des hémichorées ou des chorées généralisées primitives, encéphalitiques, j'entends par là provoquées par un virus neurotrope non exactement identifié, lorsque les mouvements involontaires ont cessé, un véritable déficit moteur, sans modifications appréciables des réflexes tendineux ou cutanés. Il intéresse non seulement les doigts, les mains, les orteils et les pieds, dont les mouvements rapides sont difficiles, limités, mais encore les muscles de la

racine des membres et se traduit par la chute du bras étendu, les manœuvres de Barré et de Mingazzini positives : les réflexes tendineux ou cutanés ne sont pour ainsi dire pas modifiés. Le syndrome moteur déficitaire correspond au syndrome pyramidal déficitaire pur de M. Barré. Il est alors croisé.

Des troubles analogues s'observent aussi dans les lésions préfrontales, du côté de la lésion, en dehors de toute atteinte pyramidale ou de Fa. Ils sont fréquents après les chorées aiguës.

M. le D[r] G. Bourguignon (de Paris). — Mon intervention dans la discussion du beau rapport de Christophe n'a pas pour objet d'étudier ou de critiquer ce qu'il a dit, mais d'envisager un point de vue qui n'a pas été soulevé, celui de l'*excitabilité des muscles choréiques*.

Je n'ai malheureusement pas eu beaucoup de malades de ce genre à ma disposition et mes premières observations, qui remontent à 10 à 15 ans, n'apportent rien.

En effet, à cette époque, je ne pouvais pas faire de mesures de chronaxie à moins de 0 σ 04 (1/100 de microfarad) près et, d'autre part, les quelques sujets que j'ai étudiés étaient atteints de chorée bilatérale.

Dans ces conditions, la comparaison entre les deux côtés donnait des chiffres enfermés dans les limites de la normale et l'approximation dont je disposais ne permettait pas de juger de petites différences entre les deux côtés.

J'avais donc conclu que, dans les chorées comme dans tous les mouvements involontaires (mouvements athétosiques, tremblements, mouvements choréiformes divers, etc.), la chronaxie neuro-musculaire était normale et c'est la conclusion qu'on trouve dans mon livre de 1923 : « *La Chronaxie chez l'Homme* ».

Récemment, en février 1935, j'ai pu examiner et suivre une malade qui, après avoir guéri d'une chorée de Sydenham, a fait une rechute sous forme d'hémichorée, ce qui m'a permis de mettre en évidence des différences systématiques entre les deux côtés, bien que les chiffres soient tous compris dans les limites de la normale.

Ce sont les résultats de l'étude de cette très intéressante malade que j'apporte aujourd'hui.

Résumé clinique. — Mlle R. L... avait fait, au début de mars 1933, à 18 ans et 11 mois, une chorée de Sydenham, traitée par le repos au lit, l'antipyrine, le salicylate de soude, puis le luminal, par le Dr Chavany. Amélioration progressive, puis guérison complète en juillet 1934.

En septembre de la même année, rechute, mais localisée au membre supérieur gauche et à la face du même côté, sous forme d'*hémichorée.*

Cet état persistait depuis 5 mois lorsque la malade a été soumise à mon examen le 23 février 1935.

Objectivement, outre les mouvements choréiques du membre supérieur gauche, prédominant à la main et aux doigts, et de l'hémiface du même côté, on constate que les réflexes radiopériosté et tricipital sont légèrement plus vifs à gauche qu'à droite.

Chronaxie neuro-musculaire. — Parmi les muscles examinés du 23 février au 11 mars 1935, les uns comme le Long Supinateur, l'Extenseur commun des doigts, le Fléchisseur superficiel de l'index, ont une chronaxie normale et *égale* des deux côtés, alors que d'autres muscles ont des chronaxies différentes, plus grandes à gauche qu'à droite, tout en restant dans des limites normales des deux côtés. Voici quelques exemples qui font bien ressortir le phénomène :

	Chronaxie		Chronaxies normales
	Côté gauche	Côté droit	
	—	—	—
1° Muscles à chronaxie inégale des 2 côtés.			
Biceps. Point moteur.........	0σ,144	0σ,064	0σ,06 à 0σ,14
Fléchisseur superficiel. Faisceau de l'index. Point moteur....................	0σ,31	0σ,23	0σ,16 à 0σ,32
2° Muscles à chronaxie égale des deux côtés.			
Long supinateur. Point moteur.	0σ,064	0σ,064	0σ,06 à 0σ,14
Extenseur commun. Faisceau du 4e doigt :			
Point moteur inférieur.....	0σ,26	0σ,33	0σ,16 à 0σ,32
Point moteur supérieur....	0σ,64	0σ,64	0σ,40 à 0σ,70

Pour chaque côté pris isolément, les chronaxies sont normales, mais la chronaxie du côté gauche est deux fois celle

du côté droit pour le biceps et 1,5 fois pour le fléchisseur superficiel.

Ces faits ne contredisent donc pas mes premières conclusions, mais ils font apparaître un écart entre le côté choréique et le côté non choréique qui permet de dire que, du côté choréique, il y a une légère variation de la chronaxie : *chez un sujet normal, on ne trouve jamais de différences aussi grandes entre les deux côtés du corps.*

Chronaxie vestibulaire. — Voulant savoir s'il fallait faire intervenir ou non un trouble encéphalique dans la chorée, j'ai mesuré aussi la chronaxie vestibulaire de cette malade.

Il est évident qu'il fallait mesurer isolément la chronaxie vestibulaire du côté gauche et du côté droit, au moyen de la méthode mono-auriculaire que j'ai publiée en 1934 (1), et que j'emploie couramment maintenant : l'excitation par le pôle + dans l'oreille donne l'inclinaison du côté excité et par le pôle — l'inclinaison du côté opposé. On trouve ainsi deux chronaxies dont la plus petite diffère de la plus grande de 10 à 20 %.

Cet examen a montré que la chronaxie vestibulaire était augmentée des deux côtés, mais plus du côté choréique (côté gauche) que du côté non choréique et que l'écart entre les deux chronaxies est augmenté à gauche et normal à droite.

L'examen du 6 mars, en effet, donnait les chiffres suivants:

	Oreille gauche			Oreille droite			
Pôle dans l'oreille —	Sens de l'inclinaison —	Chronaxie —	Ecart des chronaxies —	Sens de l'inclinaison —	Chronaxie —	Ecart des chronaxies —	Chronaxies normales —
Pôle +..	gauche	108σ	25 %	droit	92σ	17 %	12σ à 22σ
Pôle —..	droit	144σ		gauche	112σ		Ecart : 10σ à 20σ

Evolution de la chronaxie. — A la suite de ces examens, j'ai soumis la malade, à partir du 18 mars 1935, au traite-

(1) Georges Bourguignon. — *Société de Biologie*, 21 juillet 1934, t. CXVI, p. 1239 et G. Bourguignon et Diamante Bennati : *Soc. de Biol.*, 21 juillet 1934, t. CXVI, p. 1292.

ment par diélectrolyse trans-cérébro-médullaire de calcium avec ingestion, dont j'escomptais des effets calmants.

Dès la troisième séance, les mouvements choréiques commençaient à s'atténuer et la malade restait de longs moments sans en avoir.

Pendant la suspension de traitement, après 15 séances (quatre semaines de traitement), les mouvements choréiques disparurent complètement.

Après trois semaines de repos, le traitement a été repris le 6 mai 1935, et, le 11 mai, la chronaxie du biceps était normale et égale des deux côtés (0 σ 068).

Cependant, la chronaxie vestibulaire, qui avait diminué, n'était pas encore normale à gauche, alors qu'elle l'était à droite.

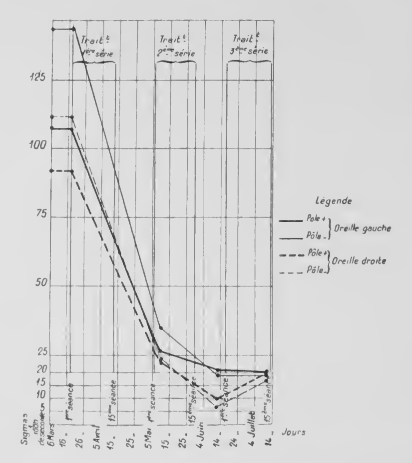
J'ai donc fait continuer le traitement dont j'ai suivi les effets par la chronaxie vestibulaire.

Après une deuxième série de 15 séances, suivie de trois semaines de repos, les chronaxies du côté gauche atteignaient la normale, alors que celles du côté droit passaient au-dessous.

J'ai alors fait faire une troisième série, du 17 juin au 13 juillet 1935, et l'examen à la fin de cette série a montré le retour des chronaxies vestibulaires et de leur écart à la normale des deux côtés, avec seulement une différence entre les deux côtés un peu plus grande qu'à l'état normal. J'ai considéré la guérison comme complète et j'ai suspendu le traitement.

Le tableau suivant et la figure ci-dessous montrent bien cette évolution :

	Côté gauche			Côté droit			Chronaxies normales
	Pôle +	Pôle —	Ecart	Pôle +	Pôle —	Ecart	
1er examen avant le traitement :.......	108 σ	144 σ	25 %	92 σ	112 σ	17 %	12σ à 22σ
10 Mai (2e série commencée le 6 Mai)..	26 σ,8	34 σ,8	23 %	22 σ,4	23 σ,2	3,4 %	
13 Juin (2e série terminée le 29 Mai)...	19 σ,6	16 σ,8	14 %	9 σ,6	6 σ,4	33 %	
17 Juillet (3e sér. terminée le 13 Juil.)..	19 σ,2	16 σ,8	12 %	17 σ,6	15 σ,6	11 %	



Evolution des chronaxies vestibulaires pendant le traitement.

Cette observation me paraît intéressante en ce qu'elle montre de légères altérations des chronaxies neuro-musculaires dans les chorées et qu'elle permet de supposer une action cérébrale, du fait des modifications des chronaxies vestibulaires qui ont permis de suivre de très près l'évolution vers la guérison.

Cependant, je me garderai bien de tirer des conclusions fermes de ce cas unique, qui est plutôt un point de départ pour mes recherches futures qu'une base pour des conclusions formelles qui seraient prématurées.

M. le Dr Brunuschweiler (de Lausanne) présente le film d'une hyperkinésie hautement coordonnée.

Deux mois après, une affection fébrile, taxée de « grippe », apparait chez ce malade un sentiment « d'inquiétude », de malaise, dans le bas de la figure, de gêne vague dans la région de la bouche, une douleur et une sensation de raideur dans le cou. Ensuite, par moment, il ne peut s'empêcher de mâ-

chonner rapidement. Et, en quelques jours se sont alors développés les accès d'abominable hyperkinésie stéréotypée de la face et de la tête que le film reproduit.

Le cycle des mouvements commence toujours par un violent spasme d'abaissement de la tête, accompagné d'anoblepsie ; ensuite, se déclanche cet horrible ensemble de mouvements, tantôt cloniques, tantôt toniques, de tous les muscles de la face : front, yeux, bouche, mâchoire, et des muscles du cou. Les mouvements évoquent le tableau d'une bête fauve qui dévore un morceau de sa proie. Les contractions atteignent aussi le diaphragme. Les déviations conjuguées de la tête et des yeux, et les crises oculogyres se succèdent. A certains moments, nous voyons des muscles fonctionnellement synergiques exécuter, en sens contraire et synchroniquement, des mouvements cloniques et toniques. Par exemple : les contractions élèvent le front maximalement vers le cuir chevelu, tandis qu'elles abaissent les paupières supérieures. La contraction de l'abdomen est prédominante et parfois exclusive du côté gauche.

Il semble s'agir de la libération d'un automatisme qui représente un mécanisme hautement différencié, un complexe fonctionnel servant à un important but végétatif : manger, dévorer. Ce serait là peut-être une raison de la violence de la manifestation.

Réponse du rapporteur, Docteur J. Christophe

Messieurs,

Je remercie bien vivement les différents communicateurs qui viennent d'apporter des contributions pleines d'intérêt à la question si passionnante du mouvement choréique.

M. le Professeur Barré, nous a fait profiter des recherches précieuses qu'il a pu poursuivre sur de nombreux choréiques, et dont il a, à juste titre, dégagé bien des faits cliniques frappants. Ceux-ci concernent : les troubles du tonus, l'état des réflexes tendineux, le phénomène de Weill-Gordon, la faiblesse motrice et les troubles de la coordination des choréiques, certains faits, enfin, en rapport avec l'époque d'apparition de la chorée : les chorées de la puberté en particulier.

Les perturbations du tonus, dans la chorée, nécessiteraient une longue étude. Ainsi qu'y a insisté le Professeur Barré, il

est frappant de constater, chez le choréique, des faits en apparence contradictoires, associant des phénomènes hypotoniques avec des phénomènes hypertoniques. Si l'hypotonie est, en effet, de l'avis de tous, le fait caractéristique de l'état des muscles qui sont le siège de mouvements choréiques, il n'est pas exceptionnel, cependant, de mettre en valeur l'existence de phénomènes hypertoniques transitoires, sur lesquels nous avons insisté dans notre Rapport. Ces faits ont paru si frappants à certains auteurs, comme Reisch, qu'ils ont proposé de désigner ce mélange d'hypotonie et d'hypertonie sous le nom de *syndrome choréique poïkilotonique*. Il nous semble nécessaire cependant, d'établir une différence, à ce point de vue, entre les chorées aiguës infectieuses du type de la chorée de Sydenham et les chorées chroniques. Alors que, dans celles-là, les phénomènes hypertoniques semblent exceptionnels et l'hypotonie constante ; dans celles-ci, où l'hypotonie est souvent discutable, l'apparition éventuelle de contractions fugaces, traduisant des renforcements du tonus musculaire, n'est pas exceptionnelle. Ces phénomènes hypertoniques transitoires, semblent bien correspondre à une exagération des tensions réflexes de fixation : Fixationsspannungen de Foerster, et s'expliquer par des contractions résultant, soit de l'allongement, soit du raccourcissement du muscle, ainsi que nous l'avons écrit dans notre Rapport.

Il est en effet frappant, ainsi que l'a exposé le Professeur Barré, de constater que, chez le choréique, il n'existe souvent pas de notable diminution de la consistance musculaire, malgré une hypotonie manifeste, mise en valeur par les épreuves de passivité.

Enfin, l'inertie particulière du bras au cours de la marche dans les hémichorées est un fait qui mérite d'être souligné.

L'explication du phénomène de Weill, décrit plus tard sous le nom de phénomène de Gordon, soulève des problèmes physio-pathologiques très complexes, comme en témoignent la très longue étude critique qu'en ont faite Mayer et Reisch, les recherches électro-myographiques de Grégor et Schilder, les recherches expérimentales de Mathews. La persistance de la contraction tonique du quadriceps peut s'observer, même si l'on opère dans des conditions qui s'opposent au déplacement réflexe de la jambe, et il semble qu'on ne puisse assimiler ce phénomène à une variété de tension de fixation au sens de Foerster. Des mécanismes d'ordres différents, que Reisch

analyse dans son travail, interviennent certainement dans sa genèse.

M. le Professeur Minkowski a rappelé à juste titre la complexité du mécanisme physio-pathologique de la chorée et montré qu'à l'heure actuelle il était difficile de préciser si le mouvement involontaire choréique résultait de phénomènes de libération, d'inhibition, ou de tout autre phénomène. En rappelant, d'autre part, que le mouvement choréique pouvait résulter de l'atteinte de centres très différents, le Professeur Minkowski a exprimé ce qu'il avait écrit comme conclusion à l'un de ses travaux expérimentaux particulièrement important : « Il s'agit là d'un symptôme général de désorganisation et de déséquilibre fonctionnel et dynamique relevant du système sensitivo-moteur et pouvant être déterminé, dans certaines conditions, par des lésions de localisation différente, atteignant un des chaînons essentiels de ce système. »

Il est certain que, ainsi que nous avons essayé de le mettre en valeur dans notre Rapport, des lésions de sièges différents sont susceptibles d'agir comme cause initiale déclanchante du mouvement choréique. Mais, si le trouble moteur est susceptible d'être provoqué par une atteinte du système choréogène encéphalique en des points différents de celui-ci, il n'en reste pas moins vrai que le mouvement involontaire doive traduire l'activité d'un centre moteur intact qui, logiquement, doit être le même dans tous les cas.

M. le Professeur Roger nous a apporté deux observations très intéressantes : l'une concernant un très beau cas d'hémichorée secondaire à une tumeur de la région pédonculaire : il s'agit là de faits exceptionnels dont nous avons rappelé quelques observations de la littérature ; l'autre montant les heureux effets de la malariathérapie observés dans un cas de chorée chronique.

M. le Docteur Rouquier a pu obtenir, chez des choréiques, des tracés myographiques dans lesquels il retrouve certaines caractéristiques des courbes obtenues par F.-H. Lewy, de Berlin, et l'on voit, en effet, sur les tracés du Docteur Rouquier, après une ascension verticale, un crochet de retour suivi de nouvelles inflexions et finalement d'une descente. Nous rappellerons, à ce propos, que F.-H. Lewy, de Berlin,

utilise, dans l'étude du mouvement, un appareillage complexe permettant de combiner l'inscription graphique du mouvement lui-même à l'inscription des courants d'action du groupe agono-antagoniste entrant en jeu dans l'exécution du mouvement. De plus, les courbes obtenues dans la chorée et dont F.-H. Lewy a donné un certain nombre de reproductions dans son ouvrage : « Die Lehre vom Tonus und der Bewegung », sont de types très variables et c'est là leur caractère le plus constant, de l'avis même de cet auteur.

M. le Docteur Brunschweiler vient de projeter devant nous un film concernant un cas d'hyperkinésie très intéressant, sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer. Il est certain qu'il ne s'agit pas de mouvements choréiques. On pourrait, avant toute discussion, envisager la nature fonctionnelle des mouvements involontaires de ce malade. Cependant, autant qu'on puisse en juger à la vue du film, il semble qu'il existe chez ce malade des mouvements traduisant des synergies musculaires anormales, ce qui permettrait d'affirmer le caractère organique de l'affection. Certains mouvements sont du type des contractions tonico-cloniques du torticolis spasmodique. Les mouvements incessants et rapides du maxillaire inférieur sont vraiment très particuliers et nous n'oserions nous prononcer sur leur nature.

M. le Docteur Bourguignon nous a apporté, sur la question des chronaxies dans la chorée, des acquisitions vraiment bien intéressantes ; il y a là, comme il y a insisté, un sujet de recherches à poursuivre, et les faits déjà mis en lumière permettent d'entrevoir toute l'importance de cette étude. La compétence du Docteur Bourguignon est trop universellement reconnue en cette matière, pour que nous nous permettions d'ajouter un mot à son exposé.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

ET

DISCUSSION

LA THÉRAPEUTIQUE DES PSYCHOSES DITES FONCTIONNELLES

par le Prof. Hans W. Maier (de Zurich)

Afin de circonscrire le domaine dont nous allons parler, nous n'envisagerons que les psychoses graves et les groupes d'affections mentales pour lesquelles on ne connaît pas jusqu'à ce jour de lésions anatomiques définies. Il s'agit notamment des psychoses dites endogènes. J'exclurai de ce rapport le groupe des épilepsies ; leurs lésions anatomiques ne sont guère constantes non plus et ces affections occupent une place spéciale tant au point de vue histopathologique que thérapeutique. Nous traiterons surtout des schizophrénies et de la folie maniaco-dépressive qui, au point de vue numérique, jouent le plus grand rôle dans l'activité pratique du psychiâtre.



En ce qui concerne d'abord les schizophrénies, il est inutile de spécifier ici qu'il ne s'agit pas d'une entité nosologique aux yeux de nos connaissances actuelles, mais bien d'un groupe de maladíes. Quoiqu'on ne puisse le diviser déjà en formes morbides distinctes, il paraît probable qu'on le pourra un jour. Les travaux intéressants de certains auteurs, tels Claude, qui sépare de ce groupe principal divers tableaux cliniques semblables à ceux de la schizophrénie, ne nous permettent pas encore d'individualiser dans ce sens nos conceptions thérapeutiques.

Au point de vue causal, notre expérience clinique nous autorise à distinguer parmi les manifestations complexes des schizophrénies, trois facteurs principaux souvent intimément intriqués. Citons d'abord le facteur *héréditaire endogène,* puis

dans de nombreux cas, les facteurs *exogènes somatiques* qui, tantôt aggravent la maladie au moment de son éclosion, tantôt en arrêtent le développement. Enfin, il est indubitable que des émotions intenses de nature diverse puissent conditionner dans une large mesure la destinée de nos malades.

Si nous faisons la part de chacun de ces trois facteurs, nous constatons que le facteur héréditaire endogène paraît échapper à toute influence thérapeutique même à l'intérieur de l'asile. Le facteur psychogène, par contre, est plus accessible à notre intervention médicale. Enfin, le facteur *exogène somatique* serait le plus sensible de tous à la thérapeutique, mais on n'a pas réussi jusqu'à présent, malgré de nombreuses recherches, à en déterminer la nature exacte ; c'est ce que montrera notre rapport sur les diverses tentatives thérapeutiques.

Une autre difficulté jusqu'à présent insurmontée provient du fait que la notion de convalescence et de guérison est difficile à définir pour la schizophrénie. Il s'agit d'une maladie qui, ainsi que le disait Bleuler, peut s'arrêter à chaque stade de son évolution. Nous savons, par nos explorations psychologiques, que la schizophrénie existe souvent à l'état latent avant son éclosion réelle. Le moment précis de sa manifestation est alors difficile à déterminer. Souvent l'entourage du malade ne se rend compte de l'éclosion du mal qu'à la faveur de circonstances fortuites. L'expérience a montré que les rémissions spontanées sans traitement préalable ne sont pas rares. L'appréciation du degré d'amélioration ou de guérison dépend en grande partie du jugement subjectif de l'observateur. Nous savons que, même après disparition complète de tous les symptômes, la maladie peut se manifester à nouveau ; c'est pourquoi, il vaut mieux ne pas parler de guérison, mais de rémission. Toutefois, si pour faciliter le retour du malade dans la vie courante, il est indiqué de parler de guérison quand les symptômes ont disparu, on fera bien de nommer cette guérison « guérison sociale » et de la distinguer de la guérison réelle telle qu'on l'entend au point de vue médical. On réservera ce terme pour les cas d'agitation exogène en apparence schizophrénique, mais dont l'incorporation au groupe de la schizophrénie proprement dite est arbitraire. L'expérience a démontré que ce sont précisément ces cas qui tendent vers la rémission spontanée et sont exposés à des erreurs de traitement. Une autre difficulté d'appréciation des résultats théra-

peutiques provient de l'évolution essentiellement chronique des schizophrénies, évolution dont le degré ne peut être définitivement évalué qu'à la mort du malade. A ce point de vue le médecin, même très expérimenté, est souvent surpris. Dans les travaux relatifs à ces questions, on ne trouve que rarement des données sur l'évolution d'un cas plusieurs années après son traitement. D'autre part, les expériences des divers auteurs sont difficiles à comparer les unes aux autres, parce que l'indication du traitement varie d'un auteur à l'autre : elle diffère naturellement suivant qu'il s'agit d'un cas aigu évoluant par poussées successives ou d'un cas chronique à sa phase terminale ; elle diffère également selon qu'il s'agit d'un tableau clinique catatonique, hébéphrénique ou paranoïde. Ces derniers points sont trop peu envisagés dans les publications. Enfin on méconnaît trop souvent le fait que les diverses modifications somatiques, celles du métabolisme, ou du sang, par exemple, ne sont pas nécessairement en relation causale avec le processus morbide, même si elles se présentent régulièrement dans un grand nombre de cas ; elles peuvent résulter en effet du processus morbide et des manifestations de ce dernier sans être en rapport étroit avec lui.

Il faudra donc tenir compte de toutes ces difficultés dans l'appréciation des résultats thérapeutiques. Enfin on comprendra que les tentatives thérapeutiques effectuées sur des maladies dont on ignore jusqu'à ce jour l'étiologie, ne peuvent être qu'empiriques.

Envisageons tout d'abord les méthodes somatiques et rappelons, à ce point de vue, le fait observé depuis longtemps que des états schizophréniques chroniques peuvent s'améliorer d'une manière surprenante au cours d'affections somatiques de tout autre genre, notamment au cours de certaines infections. En se basant sur ces observations, Wagner von Jauregg le premier essaya, en 1887, d'influencer diverses psychoses à l'aide d'infections artificielles. Les résultats incontestables qu'il obtint par cette méthode au cours de ces 20 dernières années dans le domaine de la paralysie générale incitèrent maints auteurs à soumettre la schizophrénie au même traitement. L'objection qu'on ne connaît à cette maladie aucun spirochète ou virus transmissible ne permet pas de discréditer la méthode, car dans la schizophrénie il pourrait exister une

altération du parenchyme cérébral susceptible de s'améliorer sous l'influence d'une infection artificielle. Les opinions des divers auteurs sur les résultats du traitement de la schizophrénie par la malaria sont très variables. Weygand, Kien, Puca et Hinsie n'observent aucune amélioration durable. Templeton constata chez 20 malades un effet favorable sur l'état somatique, mais aucun effet appréciable sur l'état psychique. Deux malades de Lafora purent reprendre leur métier. Aveta veut avoir guéri 4 cas. Ormea n'eût aucun résultat. Goria constata, chez 23 malades, une aggravation. Warner observa, sur 36 malades, 13 cas de rémission. Bianchini et Nardi signalent 7 guérisons et 15 améliorations sur 28 cas. Verstraeten obtint 6 rémissions chez 24 femmes. Vizel et Markusewicz publient les résultats de 95 cures de malaria et prétendent avoir obtenu dans les schizophrénies aiguës 50 rémissions pour 100, dans les schizophrénies périodiques 70 pour 100 et dans les schizophrénies chroniques 33 pour 100. Les résultats de nombreux autres auteurs qui se sont occupés de ce même problème sont également contradictoires. Nos observations personnelles montrent que, dans les schizophrénies aiguës, il n'y a pas lieu d'espérer une amélioration par l'infection paludéenne. Chez les catatoniques chroniques, auxquels nous inoculons parfois la malaria afin d'en conserver la souche, on observe très rarement une amélioration, et beaucoup plus rarement que par d'autres méthodes, telle la cure de sommeil. Nous n'avons jamais eu l'impression que l'infection artificielle agissait sur l'état du malade, et sommes absolument convaincus qu'il n'y a pas lieu d'attribuer à la malariathérapie un effet spécifique sur la schizophrénie. On pourra cependant la pratiquer dans certains cas avec quelque chance. Nous avons l'impression que l'efficacité de la cure provient, non pas de ses répercussions somatiques, mais de ce qu'elle plonge le schizophrène dans un état nécessiteux à la faveur duquel il reprend contact avec son médecin. Ainsi, il ne s'agirait pas d'une thérapeutique somatique, mais psychique. Les inoculations du virus de la fièvre récurrente et de la variole ont donné des résultats également négatifs.

Rozie, Pascal, Lauren, Lafora et d'autres ont injecté à leurs malades de l'essence de térébenthine et ont provoqué, de cette manière, un abcès qui, dans certains cas, semble avoir eu une influence favorable sur l'état psychique. D'autres auteurs ont injecté du lait, des peptones, du phlogetan ou des substances

protéiniques telles la novoprotine. Le nucléinate de soude a été souvent utilisé, notamment parce qu'il provoque, en même temps que la fièvre, une forte leucocytose.

Les résultats de cette méthode furent très contradictoires ; à en juger d'après la littérature, il semble que les auteurs qui avaient signalé des résultats favorables, n'utilisèrent plus cette méthode par la suite à cause, vraisemblablement, des déceptions qu'ils en éprouvèrent. Tel semble avoir été le cas de Gaikowski qui prétend avoir obtenu, à la Clinique de Cracovie, chez 56 malades, 50 guérisons pour 100. Claude et Schiff signalent des résultats négatifs. Wagner von Jauregg et d'autres ont pratiqué récemment des cures d'immunisation par la tuberculine à toutes petites doses ; il s'agissait surtout dans ces cas de schizophrènes tuberculeux dont le traitement devait améliorer également l'état psychique. Günther pratique une méthode semblable par la tuberculine et le nucléinate de soude, mais sans succès. Menninger et Lafora prétendent avoir eu de bons résultats par le vaccin typhique. Au lieu de la malariathérapie, on a utilisé ces dernières années, chez les schizophrènes, comme chez les paralytiques, le pyrifer, préparation à base de protéines bactériennes, mais sans résultats thérapeutiques notoires. Blume et d'autres utilisèrent, soi-disant avec succès, le saprovitan qui contient des saprophytes non pathogènes pour l'homme. Les expériences ultérieures fournirent toutefois des résultats plutôt négatifs. Les jugements portés sur la pyrétothérapie des schizophrénies à l'aide d'injections d'huile soufrée, de sulfosine, tel que l'avait préconisé Schröder, sont également très contradictoires. Loberg nota, chez 135 malades, 50 cas d'amélioration manifeste et durable, ce qui fut contesté par d'autres. On essaya aussi de provoquer la fièvre à l'aide d'injections de diverses substances chimiques : bains chauds très prolongés ou bains de lumière, mais on n'obtint pas de résultats essentiellement différents. Une thérapeutique, en quelque sorte, héroïque, est la provocation d'une méningite aseptique par injection de sérum chevalin dans le canal lombaire, procédé par lequel Carroll prétend avoir amélioré 35 schizophrénies sur 49. Certains auteurs signalent l'influence favorable de l'encéphalographie avec insufflation d'air dans les cas de stupeur catatonique. D'autres n'y voient aucun effet positif. Menninger, en 1931, a compté, dans la littérature médicale, plus de 1.600 cas de schizophrénies traités par la fièvre ou

par une infection artificielle. Les données des auteurs quant aux résultats de cette thérapeutique sont très contradictoires et varient entre 0 et 70 0/0. Il en conclut que l'état psychique des schizophrènes est souvent influencé dans un sens favorable, et que le processus schizophrénique proprement dit peut être amélioré par ces procédés pyrétogènes ou infectieux.

Pisani publia, en 1933, un rapport sur 1.795 schizophrénies traitées par la pyrétothérapie. Chez 10 0/0 d'entre eux, il observa une rémission, chez 30 0/0 une amélioration et chez 60 0/0 aucun résultat, sinon 6 cas mortels. Ces chiffres ne nous paraissent pas très différents de ceux que l'on rencontre chez les schizophrènes non traités. Les expériences faites en Suisse nous incitent à considérer ce jugement comme trop optimiste, bien que maintes observations motivent pleinement de nouvelles tentatives dans cette direction.

De ces divers traitements, il convient de rapprocher l'autohémothérapie. Freytag a proposé, en 1933, de faire aux schizophrènes, au début de leur maladie, des injections intra-musculaires de 5 cent. cube de sang prélevé à un sujet sain. Grimaldi avait utilisé, déjà en 1929, son propre sang, et constaté des rémissions nettes, quoique transitoires. Spakievskij enregistra soi-disant 28 améliorations sur 71 cas. D'autres auteurs veulent avoir eu les mêmes résultats. Magenan met en garde contre les dangers de l'anaphylaxie. Il s'agit, dans tous ces cas, d'une thérapeutique non spécifique par choc, dont il faut rapprocher les récents essais de Galand relatifs à l'injection souscutanée de sang placentaire, et pour lesquels Saitzev réclame maintenant la priorité. Galand prétend avoir obtenu, sur 41 cas, 68 améliorations pour 100. Le simple fait que toutes les formes paranoïdes ont très bien réagi à ce traitement nous incite à en juger avec circonspection.

Le traitement par injections intra-veineuses de salicylate de soude ou d'atophanyl, précédemment préconisé par Weichbrodt, a fait l'objet de diverses recherches au cours de ces dernières années. Margujes a trouvé, dans la moitié des cas une amélioration. Szymanski pense que ce procédé est moins dangereux que les autres méthodes pyrétogènes et que le processus infectieux qui en découle est susceptible d'améliorer la schizophrénie. Dans les cas récents, il obtint 1/3 de guérisons et 1/3 d'améliorations.

Au point de vue clinique, on est frappé très souvent du synchronisme entre les schizophrénies et les modifications de la fonction sexuelle (puberté, grossesse, ménopause). La castration des schizophrènes, préconisée en son temps par Fauser en fonction de la dialyse d'Abderhalden, n'a pas donné les résultats qu'on attendait. Les essais de stérilisation basés sur les conceptions de Steinach et les greffes de glandes sexuelles ont été également inefficaces. Ovcarenko a fait différentes tentatives en Russie pour aboutir à un résultat essentiellement négatif. Stanojević, en Serbie, met en garde à juste titre contre toute intervention chirurgicale chez les schizophrènes, étant donné qu'il n'existe encore aucune indication précise à ce sujet. Le traitement des états d'excitation menstruelle des schizophrènes par castration a également échoué. Les travaux relatifs à l'opothérapie par les extraits de glandes sexuelles : thyroïde, parathyroïde, surrénale, n'ont apporté aucun résultat probant. Giehm croit avoir toutefois de bons résultats par un traitement au pyrifer combiné à l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire, chose curieuse, surtout dans les cas de catatonie tardive. Lampl essaya apparemment avec succès de soulager par l'épiglandol les schizophrènes de leurs idées délirantes à contenu sexuel. Warstadt nie que le processus morbide puisse être modifié par ce moyen, mais tout au plus le contenu des idées délirantes. Lifchitz immunisa des chevaux à l'égard de cerveau humain frais et traita quelques schizophrènes par la cérébrotoxine ainsi obtenue. Il croit qu'il s'agit d'une action spécifique et prétend avoir obtenu des rémissions dans 50 0/0 de cas de catatonie aiguë. Choraschko utilisa, en Russie, le même procédé. Klimbe recommande la ponction lombaire avec prélèvement de 20 à 25 cc. de liquide, méthode par laquelle nous n'avons jamais obtenu le moindre résultat. Hoff a essayé sans succès, dans des cas de schizophrénie chronique, de provoquer une hyperthermie par piqûre à la base du cerveau. Les auteurs américains ont pratiqué chez des catatoniques l'inhalation de mélanges oxycarbonés et provoqué, chez ces malades, une angoisse par suffocation. Hinsie lui-même et d'autres auteurs en vinrent à conclure que ce procédé n'est guère recommandable. Mennato et Lindnor prétendent avoir observé une amélioration des schizophrénies par les extraits hépatiques. Reiter a introduit, dans la thérapeutique des schizophrènes, les sels métalliques, notamment les sels de manganèse, suivant la

proposition de Walburn, et préconisé des doses minimes. Les recherches ultérieures n'ont pas confirmé les résultats favorables qu'on prétendait avoir obtenus au début. Fauser dit avoir provoqué des rémissions chez 18 schizophrènes sur 24 à l'aide d'injections répétées de calcium Sandoz. Brendt et Kolle ont contrôlé les résultats de la thérapeutique calcique préconisée autrefois sous forme d'injections d'aphényl, et les ont trouvés entièrement négatifs. Les essais de Bychowski, intéressants au point de vue théorique, sur le traitement des états catatoniques par la cocaïne, n'ont fourni aucun résultat pratique. Goldblat et Krapervkin disent du bien des transfusions pratiquées avec le sang de sujets normaux. Ces observations peu nombreuses, pour autant qu'on peut en juger d'après la littérature, n'ont pas été répétées depuis. Roncati, Bersot et d'autres ont trouvé, à maintes reprises, chez les schizophrènes, au cours de ces dernières années, des troubles de la fonction vitaminique. Les travaux effectués depuis n'ont pas encore donné de résultats thérapeutiques. Dernièrement, Méduna a fait une proposition singulière : en se basant sur la conception encore douteuse que les épilepsies doublées de schizophrénie ont un meilleur pronostic que les épilepsies simples, il a essayé de provoquer, chez les schizophrènes, des crises épileptiformes en leur injectant du camphre et du cardiazol ; il prétend avoir obtenu ainsi de bons résultats.

Dans les années 1931 à 1933, les publications peu critiques du gynécologue viennois Bernhard Aschner sur la guérison des femmes schizophrènes par une thérapeutique constitutionnelle, ont attiré l'attention des laïques ; il croit pouvoir rétablir l'équilibre psychique en traitant les troubles de la menstruation, de la digestion, du foie, de la peau, etc. par des purgatifs, des émétiques, et autres procédés thérapeutiques empruntés à la médecine ancienne. Les recherches ultérieures n'ont pas confirmé ces guérisons trop optimistes, lors même que çà et là quelques bons résultats puissent être obtenus par une modification générale de l'organisme ; ces résultats ne supplantent pas toutefois ceux que l'on peut obtenir à l'aide d'autres méthodes somatiques. Les analogies plutôt extérieures entre les symptômes parkinsoniens et catatoniques sur lesquels de Jong attira l'attention après ses essais sur la bulbocapnine, incitèrent Tomesco et Friedmann à traiter les manifestations catatoniques par l'harmine. Cette méthode n'a pas été contrôlée sur un grand matériel. Schaefgen a plongé

ses malades dans un état de demi-sommeil prolongé à l'aide de petites doses d'hypnotiques divers et a obtenu, par ce moyen, des améliorations.

Passons maintenant aux *méthodes psychothérapeutiques* de la schizophrénie. Elles ont eu, de tous temps, une grande importance. Pinel signalait déjà que, dans l'ancienne Egypte, les prêtres essayaient de réadapter à l'aide de jeux, d'exercices corporels et de manifestations artistiques, les aliénés à la vie sociale. Dans la première moitié du XIX[e] siècle, à l'époque de la modernisation des asiles d'aliénés, on essaya, en plusieurs endroits, d'occuper les malades d'une manière utile et d'éviter l'isolement en cellule qui leur est nuisible. En Suisse, après Auguste Forel, ce furent avant tout Bleuler et Schiller qui s'efforcèrent de développer fructueusement la thérapeutique par le travail. Dans sa monographie de 1911, Bleuler donna à ce groupe morbide le nom de schizophrènes par lequel on le désigne aujourd'hui ; il distingua les symptômes primaires des symptômes secondaires, souligna l'importance des processus psychogéniques dans la schizophrénie et rompit en brèche le nihilisme thérapeutique. En s'appuyant sur les recherches psychanalytiques de Freud, il démontra le rôle des processus psychiques inconscients dans l'élaboration des symptômes. C.-G. Jung et ses élèves nous firent comprendre les motifs et le symbolisme de maintes manifestations schizophréniques. Si la psychanalyse ne constitue pas une méthode thérapeutique de cette psychose, elle a toutefois développé notre compréhension des processus psychiques morbides. Grâce à elle, il nous est devenu possible d'entrer en contact affectif beaucoup plus étroit avec le malade et de lutter contre son isolement autistique à l'égard du médecin et du milieu extérieur. De cette manière, et grâce au développement systématique de l'ergothérapie, on est parvenu à réduire considérablement le nombre des catatonies chroniques à stéréotypies et hallucinations massives. Bleuler a insisté sur l'importance d'une mise en liberté précoce, même si celle-ci comporte un certain risque. Il a souligné aussi l'influence favorable du changement de milieu. C'est ainsi que s'est développée systématiquement une organisation pour le placement des convalescents dans des familles étrangères à la leur. La psychothérapie active des schizophrènes a fait de grands pro-

grès grâce à Klaesi qui obtint, par son intervention personnelle sur le psychisme des malades, même chez les schizophrènes chroniques et apparemment déments, une réadaptation sociale. Dans les cas où le rétablissement du contact affectif entre le malade et le médecin ne s'effectuait pas, Klaesi institua, à partir de 1921, au Burghölzli, une thérapeutique par narcose prolongée. A l'aide d'injections de somnifène, il plongeait le malade dans un état de sédation et de réceptivité affective auquel succédait, au réveil, une psychothérapie proprement dite. Il est possible que, par la sédation artificielle du cerveau, l'appareil nerveux central récupère ses fonctions quasi-physiologiques. Toutefois l'effet principal de la cure provient, à notre point de vue, du fait que les malades sont soustraits à leur automatisme schizophrénique et qu'un contact meilleur s'établit entre eux et leur entourage. Cette méthode, élaborée par Klaesi, a été mécomprise de maints auteurs qui la pratiquèrent après lui, et ne donna pas, pour cette raison, les résultats que son créateur obtint à l'origine. Elle a été, depuis, modifiée quant à sa technique et notamment quant aux substances narcotiques utilisées. Mais son principe n'a pas changé. Dans notre clinique, on se sert aujourd'hui d'un mélange narcotique composé par *Cloetta* et appliqué par voie rectale, ce qui en diminue les dangers. Il serait faux, notamment, de considérer la narcothérapie comme un traitement indiqué dans tous les cas de schizophrénies. Elle est utile dans certains cas, notamment dans ceux où la sédation et le rétablissement du contact entre le malade et son entourage ne peut se faire d'un autre manière. Pour ce qui est des points particuliers de cette méthode, on consultera la bibliographie qui a paru à ce sujet.

Parallèlement à ces essais, on vit se développer et se perfectionner systématiquement l'ergothérapie des schizophrénies dont Simon, à Gütersloh, fut le promoteur. Par son adresse personnelle, son sens pratique et son esprit de sacrifice, il parvint à transformer les divisions pour malades agités en ateliers de travail, à réincorporer à l'organisme social les élémens associaux, et à les rendre conscients de leurs responsabilités. Son activité exemplaire eut des répercussions fructueuses dans divers pays. Carl Schneider a démontré, au cours des dernières années, que le procédé de Simon peut s'appliquer, non seulement à un service de sujets chroniques, mais aussi à une clinique psychiatrique pour schizophrénies aiguës,

Il parvint même à supprimer dans cette dernière, grâce à l'ergothérapie, l'usage des narcotiques. Depuis que nous possédons, dans notre clinique, les installations nécessaires à une ergothérapie systématique, nous avons pu renoncer complètement à l'usage des bains permanents et presque complètement à l'isolement des malades en chambre spéciale.

Le traitement le plus récent de la schizophrénie, qu'on ne peut encore juger d'une manière définitive, est celui du choc hypoglycémique institué il y a deux ans par Sakel à la Clinique de Vienne. Le point de départ de Sakel était la constatation des bons résultats de l'insulinothérapie dans le traitement du morphinisme, ce dont nous avons pu nous convaincre, nous aussi. Cet auteur obtient une sédation par injection de 15 à 40 unités d'insuline. Il augmente ensuite les doses jusqu'à ce qu'elles produisent un choc avec coma, voire même des convulsions. On poursuit ce traitement en le coupant de quelques périodes de repos pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, suivant l'état psychique. Puis on diminue progressivement les doses. Il est naturellement indispensable que la cure soit soumise à un bon contrôle médical, si l'on veut éviter des complications mortelles. Après le choc, le malade éprouve, à son réveil, une amnésie avec sensation de bien-être. Les résultats publiés par Sakel et confirmés par Pötzl paraissent être, en grande partie, très favorables, même dans les cas chroniques et chez les paranoïdes. L'explication théorique que Sakel donne de l'efficacité de sa cure insulinique est plus que problématique, ce qui ne doit pas nous encourager à repousser la méthode, car en médecine, on a découvert souvent empiriquement des méthodes utiles, malgré la fausse interprétation qu'on en donnait. La mortalité, à en juger par les chiffres, est faible, à condition que la cure soit bien menée. Les résultats obtenus à Vienne et en d'autres endroits nécessiteront encore une vérification consciencieuse, car il est possible qu'ils marquent un progrès considérable. En Suisse, Max Müller, personnellement instruit par Sakel, pratiqua 77 cures insuliniques sans décès. En mai 1936, il put apprécier les résultats de 45 cures qui avaient été accomplies. Parmi 29 sujets, dont la maladie remontait à moins d'une année et demie, 19 furent guéris au point de vue social, 5 améliorés et 5 inchangés. Les sujets malades depuis plus d'une année et de-

mie étaient au nombre de 16. Dix d'entre eux seulement furent améliorés et 6 ne présentèrent aucun changement. Muller en conclut que le nombre des améliorations sociales ainsi obtenues dépasse de beaucoup celui des rémissions spontanées. En ce qui concerne la durée de ces résultats, on ne peut encore rien dire étant donné que ces traitements n'ont été institués en Suisse qu'à partir d'octobre 1935. Le traitement par l'insuline de Sakel présente maints parallèles avec la narcothérapie de Klaesi : il plonge aussi les malades dans un état qui nécessite des soins corporels très individualisés, si bien qu'il en résulte chez ces derniers une amnésie pour l'état morbide antérieur. L'avenir montrera si l'insuline ainsi administrée agit sur l'évolution de la schizophrénie en déterminant des modifications somatiques véritables, ou bien si elle agit en arrachant le sujet à ses automatismes schizophréniques et en rétablissant son contact avec l'entourage. Dans tous les cas, des facteurs psychogènes importants sont en jeu, raison pour laquelle nous avons mentionné l'insulinothérapie après les méthodes psychothérapiques.

Nous avions, à l'origine, des appréhensions quant à l'utilisation de la cure par choc hypoglycémique, car elle met parfois la vie du malade en péril. Toutefois, depuis que nous avons pu nous convaincre que les dangers pouvaient être presque entièrement évités grâce à la technique proposée par Sakel, nous avons essayé de pratiquer aussi cette méthode. Nos expériences sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions porter déjà un jugement à ce sujet.

Les tentatives thérapeutiques qui ont été faites au cours de cette dernière décade dans les cas de schizophrénie sont si nombreuses qu'il nous est absolument impossible d'envisager dans notre rapport toutes les publications faites à ce sujet. Nous avons dû nous limiter à celles qui nous ont paru les plus intéressantes.



Dans le second groupe de psychoses endogènes dont nous allons parler maintenant, celui de la folie circulaire, la composante héréditaire joue un rôle plus important encore que dans la schizophrénie. Une différence essentielle dans l'appréciation de l'état psychique est que dans l'intervalle, la personnalité du malade peut être considérée comme normale. Naturelle-

ment, la disposition aux rechutes subsiste. Les formes d'affections maniaques, dépressives ou mixtes à évolution chronique et sans intervalles sont rares. L'influence de facteurs psychogènes réactionnels dans le déclanchement de la crise était autrefois mis en doute. Toutefois, il n'est pas rare de voir des malades chez qui la phase morbide est précédée d'une émotion intense, dont le rôle pathogénique est important. Conséquemment, l'exclusion des influences défavorables peut empêcher le développement de symptômes psychosiques nouveaux. Inversement, on voit souvent les mélancoliques perdre leurs idées délirantes et guérir à la faveur de certains événements extérieurs, en dépit du caractère endogène de leur mal. Bien que nous n'ayons pas encore de vues d'ensemble sur les processus morbides somatiques qui accompagnent la folie circulaire, il est incontestable que les troubles du métabolisme et de la sécrétion interne s'avèrent plus fréquents que dans la schizophrénie ; toutefois, on ne sait pas encore dans quelle mesure ils sont responsables de la modification des changements affectifs. Le système nerveux autonome en rapport avec la sécrétion interne et le métabolisme joue ici un grand rôle, c'est pourquoi les tentatives thérapeutiques effectuées dans ce sens semblent être plus efficaces que dans la schizophrénie. On rencontre parfois aussi des cas où les fonctions de reproduction, notamment la gravidité et la ménopause, déclanchent de nouvelles crises. La prophylaxie à l'égard des grossesses et l'opothérapie pendant la ménopause, donnent de bons résultats dans les cas qui évoluent de la sorte. Le rapport entre la folie circulaire et les processus somatiques est également confirmé par l'observation de quelques cas où la crise s'avéra déclanchée par un traumatisme cranien grave, parfois même pour la première fois.

L'appréciation des résultats thérapeutiques obtenus dans les maladies de ce groupe est difficile, car les crises maniaques et dépressives disparaissent spontanément au bout d'un certain temps. On a peine à préciser si le traitement a été réellement efficace ou si ses effets coïncident avec une convalescence spontanée.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux des crises maniaques, on a essayé récemment l'atropine, à doses répétées pendant longtemps, méthode qu'on connaissait depuis de

longue date déjà. Il nous paraît très douteux qu'il soit efficace. La sédation des dépressions par les potions opiacées, notamment dans les états d'anxiété, reste à l'avant-plan aujourd'hui comme autrefois. Il est indiqué de lui associer du brome à petites doses, et de réduire légèrement la teneur des aliments en sel de cuisine. On prétend que la teinture d'opium est plus active que le pantopon, mais nous n'avons pu nous convaincre de ce fait. Par contre, le pantopon a l'avantage d'être moins constipant. La constipation qu'il produit est d'ailleurs facile à corriger à l'aide de laxatifs. En général, les mélancolies périodiques ne sont guère enclines au morphinisme, de sorte qu'il n'y a généralement pas de contre-indication à les traiter par l'opium. La suppression progressive de cet alcaloïde à la fin de la dépression ne présente pas de complication à condition d'être faite sous contrôle médical. A. Ulrich a essayé de provoquer, chez les mélancoliques, un état d'euphorie par intoxication au brome. Dans certains cas, il s'ensuit une guérison de la dépression, mais rarement à notre point de vue. D'autre part, ce procédé n'est pas sans danger chez les malades dont la résistance physique est souvent affaiblie.

Par ailleurs, on a appliqué à la folie circulaire toutes les méthodes dont il était question déjà à propos du traitement de la schizophrénie. Il est difficile de juger les publications relatives à ce sujet, car les conceptions diagnostiques des divers auteurs diffèrent considérablement. Souvent, les résultats publiés se rapportent à des malades étiquetés circulaires, mais que nous rangerions nous-mêmes dans le groupe de la schizophrénie. Bianchini et Lévy prétendent avoir obtenu, par la malariathérapie, d'aussi bons résultats dans les cas de psychose circulaire que dans les cas de schizophrénie ; ils en concluent avec hardiesse qu'il s'agit, au fond, de la même entité morbide. Wenger n'a obtenu aucun résultat favorable au cours de ses essais. Aschieri publie, en 1933, ses observations sur le traitement de 23 malades par la malaria. Il veut avoir eu de bons résultats dans 13 cas et prétend que le pronostic des formes maniaques est meilleur que celui des formes dépressives. A notre point de vue, il pourrait s'agir là d'une simple coïncidence chronologique. En général, la pyrétothérapie de la folie circulaire ne semble pas avoir très grand avenir.

Seige a traité avec succès des états d'anxiété par autohémothérapie. Tinel et Jakob prétendent également avoir coupé rapidement une crise maniaque par injections de sérum. Lind-

nor, en 1929, suggère un traitement des psychoses maniaco-dépressives par les extraits hépatiques. De Crinis introduisit la déeholine dans la thérapeutique des mélancolies en se basant sur l'hypothèse que la fonction antitoxique du foie est troublée dans cette maladie. Leisehner obtint également de bons résultats par ce traitement chez 10 malades. Les résultats de Hartmann et Weismann, chez 16 mélancoliques, furent moins bons : 8 d'entre eux ne présentèrent qu'une amélioration transitoire. Nos observations personnelles relatives au traitement par la décholine ne nous ont pas convaincus de son efficacité. Wechsler prétend avoir obtenu chez 10 mélancoliques, une amélioration par solution glucosée à 5 0/0 administrée sous forme de clystère. On a institué également un traitement à l'adrénaline afin d'atténuer les manifestations vagotoniques des sujets déprimés. Backlin, toutefois, ne peut se eonvainere de l'effieaeité thérapeutique de eette méthode. Bufe essaie de traiter la mélaneolie par le cardiazol et la dieodide, dont l'action pharmacologique serait intermédiaire par rapport à celle de la codéine et morphine. Il prétend avoir constaté une amélioration de l'humeur. Zondeck et Bier prétendirent, en 1932, que la teneur du sang et du liquide céphalo-rachidien en brome est beaucoup plus faible chez les sujets maniaco-dépressifs que chez les sujets normaux, et proposèrent, pour cette raison, un traitement par le brome moléeulaire à petites doses. Les expériences de eontrôle faites dans les laboratoires de notre clinique, n'ont pas pu confirmer les données de ees auteurs ; leur méthode d'analyse du brome s'est avérée inadéquate, si bien que leurs conclusions d'ordre thérapeutique doivent être abandonnées. Hühnerfeld en 1931 a traité avec succès les mélancoliques par l'hématoporphyrine, en admettant que l'organisme de ces malades en contenait trop peu par suite de déficience hépatique.

Bianchini relate que, de 19 malades soumis à ee traitement, 6 furent rapidement guéris et 4 améliorés. L'hématoporphyrine a été introduite en thérapeutique sous le nom de photodyne et administrée par voie buccale ou sous-cutanée. Huhnerfeld publia, en 1935, les résultats de 72 eures au photodyne ; 36 malades furent guéris (ou considérablement soulagés), et 21 améliorés. Les publieations d'autres auteurs signalent des succès du même ordre dans 50 0/0 des cas environ. Il se produisait d'abord une amélioration de l'état physique, puis de l'humeur. Ces cures n'eurent pas d'effets nuisibles. Le photo-

dyne nous a donné de bons résultats dans quelques cas, mais dans d'autres aucun. De toutes façons, cette substance peut être utilisée avec succès pour tonifier l'état général des mélancoliques. Ratner veut avoir amélioré certains états dépressifs par radiothérapie de la région hypophysaire à faibles doses et avoir provoqué une inversion de l'humeur dans le sens hypomaniaque. Les expériences de contrôle n'ont donné, jusqu'à ce jour, aucun résultat positif. Maloberti observa, chez les mélancoliques, des réactions favorables après injection intra-veineuse de calcium.

Max Muller a pratiqué, sur de nombreux cas de folie circulaire, le traitement par narcose prolongée que Klaesi préconisait pour la schizophrénie. Il en conclut, comme Stuurmann, Wyler et Oberholzer, qu'on obtient les meilleurs résultats surtout dans les phases maniaques. Il note que le dial est le narcotique le plus approprié et admet qu'il se produit une modification de l'organisme par l'intermédiaire du système neurovégétatif. Chez les maniaques, il obtint des résultats favorables dans 75 0/0 des cas. Kohra soumit 20 malades à une narcose prolongée par le sulfonal pendant 2 semaines environ ; il en résulta 2 décès et 12 guérisons. Bejermann signala que les cures de somnifène agissent bien dans les cas de dépressions. Segerath et Wember croient avoir guéri ou considérablement amélioré 3/4 de leurs mélancoliques pour un total de 49 par la narcose prolongée. Reiter utilise une combinaison de luminal, codéine et chanvre indien à petite dose et essaie d'abaisser en même temps la teneur du sang en calcium. Tomasson se base sur le fait que les maniaques présentent le plus souvent des signes d'hypersympathicotonie et les traite soi-disant avec succès par l'acétylcholine et l'éphédrine. Par ailleurs, il essaie d'améliorer l'humeur des sujets déprimés vagotoniques par la pilocarpine sous forme de folia jaborandi. Il admet, en outre, que, dans les dépressions anxieuses, le sympathique est également excité et que l'ergotamine peut avoir une bonne influence sur l'angoisse. Ses conceptions sont plutôt théoriques et les expériences de contrôle n'ont pas fourni de résultats pratiques, du moins jusqu'à présent.

Georgi, dans ses patientes recherches, a montré qu'il existe, chez les mélancoliques, un trouble profond du métabolisme de la cholestérine, ce qui a été confirmé par maints autres auteurs. Il admet que ces troubles ne sont pas spécifiques et dépendent d'une déficience fonctionnelle périodique de certaines

glandes à sécrétion interne. Il a réussi à influencer le métabolisme de la cholestérine à l'aide d'extraits cortico-surrénaux dépouillés d'adrénaline et à guérir plus rapidement les états dépressifs. Il semble être parvenu à extraire de l'écorce des capsules surrénales une hormone, la supracortine, qui abaisse régulièrement la teneur du sang en cholestérine. La méthode est encore en voie d'élaboration. Les résultats actuels permettent d'espérer qu'on pourra, grâce à elle, influencer favorablement certains états mélancoliques.

En ce qui concerne le traitement psychique des états maniaques et dépressifs, divers auteurs, entre autres Evald et Birnbaum, signalent qu'on les méconnaît souvent en clientèle, surtout lorsqu'ils sont frustes. Ces états dépressifs se présentent souvent sous le tableau clinique de l'hypocondrie ; le traitement médical renforce souvent l'anxiété et les appréhensions du malade. D'après notre expérience, les états d'insomnie périodiques chez les sujets de constitution circulaire ne sont pas rares, même en l'absence de signes mélancoliques. Ils peuvent être améliorés par la suggestion et quelquefois aussi par l'hypnose. Dans les états d'excitation maniaque légère, un séjour en milieu tranquille, à l'abri de toute excitation extérieure, peut avoir un bon effet thérapeutique. Dans les dépressions endogènes légères, on observe parfois, chez les femmes, au moment de la ménopause, une amélioration par les injections répétées de substances ovariennes à forte dose, telles que le menphormone ; on en renforcera l'efficacité par la suggestion. La tâche la plus difficile du médecin consiste à décider si l'internement est nécessaire et si oui, à quel moment. Dans les états maniaques, le comportement social des malades aidera le plus souvent à trancher la question. Alors que, dans les cas de schizophrénie, on s'efforcera de différer l'internement le plus longtemps possible, dans les cas de manie, au contraire, on n'attendra pas trop longtemps, car l'état des malades s'aggrave sous l'influence des excitations extérieures et de la liberté. Chez les mélancoliques, le danger du suicide et la nécessité d'un contrôle plus rigoureux qu'à domicile trancheront la question. Il faut savoir que ces malades dissimulent souvent très habilement leurs idées de suicide. On fera bien de recourir au spécialiste des maladies nerveuses, car le médecin de famille se laisse facilement duper à ce point de vue par le malade. Chez les circulaires, l'internement est moins nuisible que chez les schizophrènes, mais pour leur mise en liberté, une

grande réserve sera de rigueur. Dans ces cas-là, l'attitude à prendre diffère nettement de celle qu'on observerait à l'égard des schizophrènes. Alors que, chez ces derniers, on préconise la mise en liberté rapide pour prévenir les méfaits de l'autisme, chez les circulaires, au contraire, on prolongera l'internement jusqu'à ce que la poussée psychosique soit complètement éteinte. Avant de les autoriser à retourner dans leur famille, on pourra les faire séjourner dans un milieu intermédiaire sous surveillance rigoureuse. Si on libère les maniaques trop vite, on observe souvent une recrudescence de leur agitation. Il peut se produire aussi une inversion de leur phase maniaque en phase dépressive transitoire ; celle-ci peut aboutir au suicide, ce que l'on aurait pu éviter. L'état des mélancoliques convalescents s'aggrave parfois à la faveur d'une libération prématurée. D'autre part, si ces malades ne sont pas suffisamment surveillés, ils peuvent manifester une tendance au suicide. Les états mixtes de phases maniaques ou dépressives associées à un processus schizophrénique seront traités de la même manière que les états circulaires purs. Dans ces cas aussi, on déconseillera la sortie prématurée.

Le traitement par le travail n'a pas la même importance dans les affections circulaires que dans les schizophrénies. Toutefois, un certain degré d'activité est nécessaire aux circulaires, pour les empêcher de se concentrer sur leur état morbide. L'ergothérapie doit être dosée de telle manière qu'elle n'augmente pas l'agitation des sujets maniaques et qu'elle n'épuise pas les sujets mélancoliques en exigeant d'eux des efforts au-dessus de leurs forces. On gardera ces derniers au lit, surtout s'ils s'alimentent et assimilent mal.

Parmi les psychanalystes, certains préconisent le traitement psychologique des psychoses circulaires. C'est le cas de Jelgersma, Deutsch, Neymann qui se basent sur les travaux antérieurs d'Abraham. Schilder, à ce point de vue, incite à la prudence et recommande plutôt une combinaison d'hypnose et d'entretiens à orientation psychanalytique. A notre point de vue, la psychanalyse est contre-indiquée dans les cas de psychose circulaire prononcée. Dans la manie, elle ne peut pas nuire, mais elle est presque impraticable. Chez les mélancoliques, la psychanalyse augmente parfois l'anxiété et favorise les possibilités de suicide. Les résultats soi-disant favorables de la psychanalyse dans ces cas-là doivent être envisagés avec circonspection, d'autant plus que ces psychoses peuvent guérir

spontanément. Enfin, nous connaissons plusieurs mélancoliques qui s'étaient remis de leur crise antérieure, alors qu'on les avait traités dans un établissement, mais qui, à la faveur d'une nouvelle dépression traitée par la psychanalyse sans surveillance suffisante, ce suicidèrent. Les observations de ce genre montrent que la psycho-analyse est contre-indiquée dans les affections endogènes.

***

Dans sa monographie sur la schizophrénie, Bleuler disait, en 1911, qu'il n'existait, jusqu'à cette époque, aucune thérapie médicamenteuse causale des états schizophréniques et que la psychothérapie entrait seule en ligne de compte. Il professait la même opinion en ce qui concerne les psychoses circulaires.

L'aperçu que nous venons de donner montre qu'on a élaboré depuis une quantité de thérapeutiques nouvelles dont les résultats sont encore très modestes. Les produits pharmaceutiques préparés au cours des 25 dernières années nous ont permis de traiter les psychoses endogènes par voie médicamenteuse plus qu'on ne le faisait autrefois. Les progrès réalisés de cette manière sont d'ordre essentiellement symptomatique et ne relèvent pas d'une thérapeutique médicamenteuse causale. Les innombrables tentatives faites dans cette direction n'ont toutefois pas été vaines et doivent être poursuivies en dépit de leur efficacité restreinte. Certaines données semblent indiquer, en principe, qu'elles pourront fournir encore de meilleurs résultats. Pour ce qui est des schizophrénies, il est probable qu'un perfectionnement de la narcothérapie et de l'insulinothérapie augmentera l'efficacité de notre intervention. A propos de ces deux méthodes, on se demande dans quelle mesure l'agent curatif est d'ordre psychothérapeutique. En ce qui concerne les psychoses circulaires, souhaitons que les recherches de laboratoire enrichissent nos connaissances actuelles sur les troubles endocriniens et nous fournissent une base plus solide pour l'élaboration d'une thérapeutique systématique. Les travaux précédemment cités sur le métabolisme de la cholestérine constituent un exemple de la voie à suivre. Il est certain qu'à côté du cerveau, le système nerveux autonome joue un rôle beaucoup plus grand dans la genèse des troubles psychiques fonctionnels qu'on ne le soupçonnait autrefois. Les

progrès les plus récents dans le domaine de l'endocrinologie et de la chimiothérapie du sympathique et du vague nous ont doté de moyens qui auront, à l'avenir, une grande influence dans le traitement des psychoses endogènes.

Cet aperçu montre que les progrès de nos connaissances théoriques sur la thérapie des psychoses fonctionnelles sont malheureusement limités. Il est toutefois hors de doute que les résultats pratiques du traitement des schizophrènes se soient considérablement améliorés au cours des 25 dernières années. Une visite dans un établissement psychiatrique moderne suffit à nous en convaincre, surtout si l'on se remémore le tableau qui se présentait à nos yeux il y a 25 ans. Les progrès réalisés dans ce sens dépendent presque uniquement de la meilleure orientation psychothérapique du personnel médical. Bien que nous soyions, aujourd'hui encore, désarmés à l'égard de certaines maladies, nous ne pouvons nier que, dans la plupart des cas, notre psychothérapie active a donné d'excellents résultats. Si nous nous débarrassons de notre nihilisme thérapeutique, nous parviendrons à soustraire un nombre plus grand encore de schizophrènes à leurs mécanismes autistiques et à en faire des membres utiles de la collectivité humaine. Il y a peu de temps encore, les médecins étaient aussi impuissants à traiter le crétinisme et la paralysie générale qu'ils le sont aujourd'hui à l'égard de maintes psychoses endogènes. Les progrès de la psychothérapie directe et indirecte des maladies mentales, ainsi que les résultats encore discrets des méthodes somatiques, dont nous avons parlé, nous permettent d'espérer que l'ère du défaitisme à l'égard des psychoses endogènes se terminera bientôt.

DISCUSSION DU RAPPORT D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

M. le Prof. H. Steck (de Lausanne). — Comme le vient de dire très justement le rapporteur, il est très difficile d'apprécier la valeur d'une thérapeutique dans un domaine où le pronostic est encore aussi incertain, comme dans le grand groupe des psychoses schizophréniques. Nous pouvons constater aujourd'hui que le pronostic de ces psychoses s'est sensiblement amélioré sous le seul régime d'une thérapeutique médicalement expectative mais psychologiquement active. Cependant, dans certains cas, une thérapeutique médicale paraît aussi avoir une influence, mais son action est d'autant plus difficile à apprécier qu'on constate, en regardant de près certaines statistiques, que les meilleurs résultats obtenus par des méthodes récentes se trouvent dans les catégories ayant, par leur évolution naturelle, c'est-à-dire avec la seule thérapeutique expectative et psychologique, un bon pronostic.

Le rapporteur a eu raison de souligner l'importance d'un contrôle sur l'évolution de schizophrènes qui quittent nos services psychiatriques plus ou moins guéris ou améliorés. Ces recherches paraissent aussi importantes que les recherches sur l'hérédité de nos malades. Elles seraient déjà très utiles, si elles arrivaient au seul résultat d'épargner aux schizophrènes certains traitements trop douloureux, comme le sulfosine et les méningites aseptiques.

Pour l'appréciation du mode d'action de la pyrétothérapie, en vogue depuis l'introduction de la malariathérapie de la paralysie générale, il faut avant tout tenir compte de certaines guérisons spontanées par des maladies physiques intercurrentes et essayer de déterminer leur mode d'action. Un des facteurs importants de toutes ses infections et que nous voyons se répéter également par la pyrétothérapie ainsi que par d'autres méthodes somatiques telles que la méningite aseptique me paraît constituée par l'action directe sur le fonctionnement de la barrière hémato-liquidienne dont la perméabilité est

diminuée dans un grand nombre de schizophrènes plus ou moins chroniques. Nous déterminons cette perméabilité par le dosage colorimétrique du bromure dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien selon Walter. Tous ces agents pyrétogènes, soit spontanés, soit artificiels, ont pour effet d'augmenter la perméabilité et d'améliorer probablement la circulation intracérébrale.

J'ai également eu l'impression qu'une thérapeutique hormonale, suivant une intervention sur la barrière, était d'un meilleur rendement. Remarquons, en passant, qu'on peut obtenir des résultats avec une médication sans fièvre, mais en augmentant la perméabilité par l'administration prolongée d'une infusion de radix Saponariæ.

Ici, il faut attirer l'attention sur un autre facteur non moins important et dont on ne parle jamais. Je voudrais parler du facteur « temps ». Le processus schizophrène, que nous supposons, est un processus chronique à évolution très lente et ce n'est pas par des chocs violents et de courte durée qu'on peut l'influencer et le modifier. Les améliorations observées au cours d'une tuberculose ou d'une pleurésie, nous indique la voie à suivre. Je voudais citer ici le cas d'une femme schizophrène dont le pronostic paraissait après plus de 2 ans irrémédiablement compromis lorsque survient une pleurésie qui dura quelques semaines, pendant laquelle une amélioration, une véritable transformation de l'état psychique se produisit, qui dura après la guérison de la pleurésie ; cette malade se trouve maintenant depuis plusieurs années de nouveau placée à la tête de sa famille en faisant face à une situation matérielle des plus difficiles.

Il paraît un peu naïf d'attendre dans une affection aussi chronique que le processus schizophrénique, un changement radical uniquement après quelques chocs ou poussées de température. Il me paraît, à la lumière de ces faits, facile à comprendre pourquoi justement la malariathérapie donne pour ainsi dire aucun résultat dans la schizophrénie ou seulement des éclaircissements passagers. C'est qu'il faut une action lente et d'une certaine durée et qui n'a pas besoin d'être aussi violente que la malaria.

Le facteur « temps » peut également expliquer pourquoi dans certains cas une certaine polypragmasie, une répétition de diverses cures, peut finalement aboutir à un résultat.

Les perturbations humorales provoquées par les cures de

sommeil jouent à notre avis un aussi grand rôle que le facteur psychologique mis tout d'abord en avant par l'auteur de la méthode, notre collègue Klaesi. L'augmentation de la vitesse de sédimentation prouve, comme dans la pyrétothérapie des changements humoraux. A ce propos, je voudrais ici relater l'histoire d'une femme atteinte d'une catatonie grave, durant plus de 2 ans, traitée d'abord à Cery et ensuite au Burghölzli, où, après trois ans de maladie, pendant laquelle plusieurs cures de sommeil ont été faites successivement survint finalement une rémission surprenante équivalente aujourd'hui à une guérison sociale que j'ai pu contrôler encore récemment.

Ceci nous inciterait donc dans des cas qui paraissent s'acheminer vers la chronicité de ne pas abandonner trop tôt la lutte. Dans ces cas, plus que dans certains cas tout frais, nous serons plus vite justifiés de parler d'une action thérapeutique décisive.

Pour terminer, encore quelques mots sur l'insulinothérapie. Rappelons tout d'abord que nous étions à Cery, je crois, les premiers, et ceci avant Sackel, de recommander dès 1932 l'emploi de l'insuline dans le traitement des agitations catatoniques ainsi que je l'ai exposé, il y a 3 ans, au Congrès de Rabat. Nous avons signalé l'importance de l'hypoglycémie, que nous expliquions en disant que l'insuline agissait comme si l'on privait le moteur déchaîné de son carburant.

Nous devons maintenant à des auteurs scandinaves des recherches importantes concernant le métabolisme des catatoniques montrant, comme Gjessing par exemple, qu'il existe durant les états d'agitation catatonique une hyperglycémie.

Un autre auteur scandinave, Lingjaerde, a insisté sur la grande fréquence des troubles hépatiques dans les psychoses schizophréniques. Il attache une grande importance à la diminution du glycogène dans le foie, qui rendrait le foie inapte à exercer sa fonction de désintoxication de l'organisme. L'insuline, par sa fonction glycopexique, serait appelée à améliorer la fonction hépatique. C'est la fonction eutrophique de l'insuline que nous invoquions dès 1932, où nous constations l'effet favorable d'un traitement prolongé chez des catatoniques à mauvais état général.

Ce n'est évidemment pas le trouble fondamental du processus schizophrénique que nous traitons ainsi directement, mais nous interrompons probablement un cercle vicieux.

L'histoire de la schizophrénie de ces dernières années est

pleine d'erreurs de jugement, soit en anatomopathologie qu'en pathogénèse et en thérapeutique parce que le médecin pense trop avec une causalité agglutinée. Le dernier produit de cet autisme médical me paraît être l'importance qu'on attribue à l'avitaminose comme facteur pathogène de la schizophrénie en oubliant qu'elle est très probablement un phénomène purement secondaire dû au comportement du catatonique. En la combattant, on peut remédier à certains phénomènes secondaires de la cachexie catatonique. Je pense que cette avitaminose représente sur le terrain physique ce que dans le temps les attitudes stéréotypées dans le domaine psychique, c'est-à-dire, qu'il s'agit avant tout, d'artefactes asilaires, qui peuvent disparaître par des simples mesures d'hygiène générale.

M. le D[r] H. Christy (Le Mans). — Je désirerais demander deux choses à M. le Professeur Maier :

1° M. le Professeur Maier pense-t-il que les guérisons ou les rémissions qui font suite à une thérapeutique quelconque, notamment par choc, se voient chez des sujets qui ont présenté des localisations viscérales ? En d'autres termes, croit-il que la loi du balancement sur laquelle mon collègue Baruk et moi-même ultérieurement, avons insisté en ce qui concerne la démence précoce et la tuberculose se vérifie après la thérapeutique ? Si je lui pose cette question, c'est parce que je suis très impressionné par des malades de mon service, qui ont guéri psychiquement en même temps qu'ils ont souffert d'une affection corporelle. Je citerai l'observation d'une démence précoce qui a guéri (ou qui est en rémission depuis plus d'un an) et qui, après sa pyrétothérapie, a fait un érythème noueux, puis une pleurésie séro-fibrineuse. Je citerai le cas d'une de mes malades, démente précoce encore, qui a eu une hémichorée passagère après son traitement à l'huile soufrée et qui est guérie (ou en rémission) depuis dix mois. Je citerai deux de mes malades encore qui eurent des phlébites des membres inférieurs.

2° La deuxième question que je voudrais poser à M. le Professeur Maier est beaucoup plus difficile à exprimer. Je sais qu'en la lui posant, je risque de me faire dire que je n'ai rien compris au concept de la schizophrénie. Je lui demande de me faire confiance, ne serait-ce qu'à cause de mes affinités suisses.

Il y a une opposition entre les thérapeutiques biologiques de la démence précoce et les thérapeutiques morales. Je sais que cette opposition, pour certains, n'est qu'apparente, puisque la douleur qu'un traitement biologique peut occasionner (telles les nodosités douloureuses que donne souvent l'huile soufrée) peut être comprise comme le levier qui fait sortir le schizophrène de son autisme ; on peut faire d'ailleurs des réflexions analogues à propos des cures de sommeil et de la méthode de Sakel. Cependant, si on veut rester, sinon simpliste, tout au moins clair, on peut bien se dire qu'on traite le dément précoce par des moyens biologiques lorsqu'il évolue, lorsqu'il fait une poussée évolutive, lui réservant l'orthopédie morale lorsqu'il n'a plus que des séquelles.

Eh bien ! Y a-t-il des signes objectifs témoignant de la nature évolutive de la démence précoce ? Comment discriminer les malades justiciables de la thérapeutique biologique, des sujets infirmes du cerveau pour lesquels conviennent la direction morale, le travail, en dehors de certains signes somatiques grossiers, comme l'état fébrile, la lymphocytose céphalo-rachidienne par exemple ? Devant un poliomyélitique, le médecin n'est pas trop emprunté pour déterminer à quel moment, la flambée inflammatoire méningo-myélitique passée, s'ouvre l'ère de l'orthopédie. Personnellement, je pense que la vivacité (ou l'exagération) de la réflectivité tendineuse dit souvent chez le dément précoce le degré évolutif de la maladie. M. Hamel, d'ailleurs, a publié dans ce sens ces derniers temps.

Ces réflexions, on le voit, ne sont nullement des divergences de vue, je voulais simplement poser à M. le Rapporteur ces deux questions pour avoir son avis, en même temps qu'il m'est agréable de lui dire tout l'intérêt que m'a procuré la lecture de son rapport, la visite des établissements de son pays, auquel je suis d'ailleurs familialement tant attaché.

M. le D[r] W. Beyerman (de Delft), remarque qu'il est singulier que les résultats obtenus en Hollande avec la cure de somnifène dans la folie circulaire sont beaucoup meilleurs que ceux obtenus en Suisse selon le rapport du professeur Maier et le livre sur « la Thérapeutique » du professeur Müller.

La cure de sommeil pour les malades maniaques et déprimés a été pratiquée en 1924 par mes amis et moi à Santpoort.

Selon nous, c'est surtout la mélancolie simple et la mélancolie agitée, qui donne les meilleurs résultats.

Dix ans plus tard, en 1934, le Prof. Van der Scheer présente un rapport sur le même thème à la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, et dans ce rapport il conclut encore que les résultats obtenus dans la folie maniaque et la mélancolie agitée sont assez efficaces et que, quant à lui, il partage l'opinion prononcée en 1928 par moi, qu'il faut appliquer une cure de somnifène aux mélancolies simples.

Dans deux tiers des cas on obtient, soit une guérison, soit une amélioration remarquable. Pourquoi cette contradiction entre les deux pays. Une cure de somnifène est autant une thérapeutique physique que psychique, surtout dans les cas où la phase morbide est précédée d'une émotion intense. Je regrette que le temps ne me permets pas de donner des histoires morbides et des détails de la technique appliquée par moi, mais je voudrais donner le conseil à ceux qui n'ont pas de résultats avec une cure, d'observer précisément les malades, surtout le 10° et le 11° jour et de commencer depuis cette date une psychothérapie. Au commencement, il faut fortifier la joie de vivre, ensuite donner des suggestions pour finir après la cure avec une psychothérapie rationnelle.

M. le Dr Jabouille (de Rouffach). — Que M. le Professeur H. W. Maier me permette de lui adresser ici le témoignage de toute mon admiration pour son admirable rapport, et qu'il me permette de me féliciter à mon tour d'être entièrement d'accord avec lui sur presque tous les points.

C'est ainsi que je crois, comme lui, que les schizophrènes ne constituent pas une entité nosologique, mais un groupe d'affections très diverses, surtout dans leurs causes. Ces causes, je les vois aussi dans deux groupes principaux, celui qu'il appelle le facteur héréditaire endogène, et celui qu'il appelle les facteurs exogènes somatiques ; quant au 3e, qui est constitué par les idées fortes ou les émotions, je crois qu'elles se ramènent au 2e groupe, leur action se manifestant surtout par un trouble profond des organes somatiques.

J'avoue ne pas distinguer très bien l'intérêt qu'il peut y avoir à considérer une guérison sociale et une guérison médicale. Dans tous les cas, ce que nous cherchons, c'est de remettre le sujet dans l'état où il se trouvait avant de tomber malade, et c'est ce que je crois qu'on peut appeler la guérison

tout court. Avait-il auparavant une infirmité ou une prédisposition ? C'est compliquer singulièrement la tâche du médecin que de lui demander d'améliorer encore ce qu'était son malade à l'état normal, c'est-à-dire en état de santé. Pourtant, il n'y a pas d'inconvénient grave à accepter la distinction de M. le Prof. Maier, si ce n'est qu'on guérira moins souvent, et cela nous incitera peut-être à plus de modestie en diminuant nos risques d'erreur.

Ensuite, M. le Prof. Maier passe en revue tous les systèmes de thérapeutique les plus intéressants, lesquels ont, presque tous, à ce qu'il semble, autant de succès que d'échecs. Et ici, qu'il me permette de m'étonner, étant donné ses prémisses si parfaites, de ne pas le voir critiquer et expliquer cette confusion anarchique et d'ailleurs obligatoire. Nous voyons, en effet, appliquer chaque remède successivement à tous les états schizophréniques, comme si la schizophrénie était *une* et non multiple. Comment, dans ces conditions, pourrait-on n'enregistrer que des succès ? La thérapeutique ne peut être la même pour des cas essentiellement différents.

Mais s'il est vain de prétendre qu'une médication qui a réussi dans quelques cas doive réussir toujours, il n'est pas logique ni scientifique d'abandonner un remède et de prétendre qu'il est inefficace parce que ses résultats ont été inconstants. Il y a ainsi beaucoup d'excellentes méthodes thérapeutiques qui valaient mieux que l'abandon où on les a laissées et qui réussiront encore dans les mêmes cas que ceux où elles ont déjà réussi.

Le tout est de bien déterminer la cause de chaque cas séparément et ensuite d'y appliquer le remède. Si le remède n'agit pas, c'est que l'on s'est trompé de cause et qu'on l'a appliqué à tort, mais cela ne veut pas dire que le remède soit mauvais. Et si l'on sait qu'il a réussi une fois dans certain cas, on peut à juste titre penser qu'il réussira de nouveau, si on l'applique à un cas identique.

Supposons un instant un état schizophrénique reconnaissant pour cause une tuberculose, il guérira par une méthode thérapeutique rationnelle qui triomphera du bacille de Koch. Mais cette méthode, qui réussira dans tous les cas identiques, sera de nul effet sur un état schizophrénique causé par des troubles endocriniens, par exemple hypophysaires ou ovariens, dont on observera la guérison sociale ou même totale par une médication toute différente.

C'est évidemment beaucoup plus compliqué que d'appliquer indistinctement la même médication à la même forme mentale, mais c'est plus rationnel et on obtient ainsi des résultats plus comparables et plus constants.

C'est ainsi que la méthode d'Aschner, qui n'est rien d'autre qu'une thérapeutique de désintoxication, que nous appliquons dans notre service depuis plus de 20 ans et qui nous donne d'ailleurs souvent de très bons résultats, n'est inconstante et insuffisante que parce qu'elle prétend s'appliquer à tous les cas indistinctement, d'une manière purement empirique. Elle est excellente dans tous les cas qui relèvent d'une intoxication exogène, et bien souvent d'une intoxication sanguine. Mais elle est insuffisante dans tous les autres cas et elle doit être complétée par une thérapeutique rationnelle étiologique.

Mais ceci dit, je suis entièrement d'accord avec le rapporteur pour stigmatiser le nihilisme thérapeutique dont on a trop longtemps fait preuve pour les raisons que je viens d'exposer, et pour proclamer comme un acte de foi notre certitude d'un avenir de progrès particulièrement brillant pour la thérapeutique des affections mentales.

M. le Docteur A. DONNADIEU (de Ber-Réchid). — Je ne voudrais que dire quelques mots après m'être associé aux compliments que les précédents orateurs ont adressés à M. le Professeur Maier, pour insister sur quelques points concernant le traitement de la démence précoce.

1° M. le Professeur Maier a bien précisé la notion de causes endogènes ou de causes exogènes de la démence précoce, et a indiqué que l'efficacité du traitement varie selon que la maladie en cause semble ressortir à telle ou telle catégorie.

Comme je l'ai signalé avec Lôo, les bons résultats obtenus par la pyrétothérapie soufrée sont ceux concernant des démences précoces survenues comme un accident au cours d'une vie précédemment normale, alors qu'ils sont nuls dans les cas où la démence précoce semble l'exagération d'une disposition caractérielle anormale.

Je serais heureux de savoir si les recherches effectuées par M. le Professeur Maier pour l'élaboration de son rapport lui ont permis de constater le même fait avec les autres thérapeutiques proposées, et en particulier avec la cure insulinique.

S'il en était ainsi, ne serait-ce pas un argument de plus, pour démembrer ce groupe devenu énorme, anormalement enflé, ce « fourre-tout » qu'est actuellement la démence précoce ?

2° Il m'aurait paru intéressant de trouver dans le rapport une comparaison qualitative des thérapeutiques signalées. Il ne me semble pas, par exemple, qu'on puisse mettre sur un pied d'égalité les résultats acquis par la pyrétothérapie soufrée et par l'ergothérapie. Je ne dirai pas que l'huile soufrée guérit un grand nombre de démences précoces. Elle n'en guérit, hélas, que bien peu, mais elle peut donner une guérison complète ou une amélioration suffisante pour la reprise de la vie sociale.

L'ergothérapie ne permet pas en général cette reprise. Certes, elle transforme les conditions de vie du malade d'asile; elle lui donne souvent une activité utile, qu'il avait perdue, mais elle ne permet guère la sortie. Le travail auquel peut se livrer le malade est un travail stéréotypé ; il manque encore au sujet la possibilité d'initiatives.

C'est pourquoi je ne crois pas qu'on puisse parler de guérisons acquises par cette méthode employée seule.

3° Pour pouvoir apprécier les résultats obtenus par la pyrétothérapie soufrée, il faut suivre les malades longtemps. Il semble qu'alors qu'elle paraissait guérie, cette maladie — semblable pour prendre un exemple à la syphilis — peut donner des accidents tardifs.

Les rechutes, après quelques mois de guérison, ne sont pas rares. Mais on peut voir aussi des rechutes plus tardives. Pour ma part, j'ai pu observer ces jours-ci, dans le service d'un de mes collègues, une malade sortie guérie de mon service, il y a trois ans, et restée telle jusqu'à ces derniers temps.

On peut se demander si le traitement qui a été efficace au début de la maladie a été suffisant. N'a-t-il pas laissé évoluer sans bruit la maladie et n'y aurait-il pas intérêt à effectuer pendant les premières années quelques séries d'huile soufrée à titre de cure d'entretien ?

M. le Dr Paul Verstraeten (de Gand). — Je félicite bien sincèrement le rapporteur de nous avoir exposé aussi exactement l'utilité incontestable des diverses thérapeutiques empiriques, proposées pour les schizophrénies et la psychose périodique.

Le bon psychiatre doit être un grand optimiste, l'animateur de l'établissement qu'il dirige et faire de la psychothérapie sous toutes ses formes, servant ainsi d'exemple au personnel infirmier et même à la famille du malade. N'oublions pas que tout complexe pathogène comporte un élément purement psychique influençable et curable par psychothérapie.

Adversaire convaincu de l'abstentionnisme, je crois que nous devons utiliser largement la méthode choquante lorsque nous ne disposons pas de médication spécifique : cette intervention est légitime et risque rarement — en bousculant le malade psychique — d'aggraver son état général, souvent déficitaire cependant.

Puisque certaines guérisons spontanées sont dues vraisemblablement à des variations dans l'équilibre colloïdoclasique, essayons de provoquer ces mêmes variations — artificiellement — par des chocs.

Les meilleures médications choquantes sont, à mon avis, les plus simples : l'injection de térébenthine et la malariathérapie.

Peut-on préciser leurs indications ?

Je le crois et, pour être bref, je les résume en disant que l'abcès de fixation, provoqué par la térébenthine, convient à presque tous les grands agités, qu'ils soient maniaques, anxieux ou confus, car ils doivent être calmés lorsque leur état d'excitation les épuise au point de mettre leur vie en danger. Cette action, je le veux bien, est plus souvent passagère que durable, mais elle ne doit pas être négligée.

Au Congrès de Limoges, en 1932, j'ai tâché de préciser les indications de la malariathérapie et, en 1936, je n'y changerai rien.

Permettez-moi de vous redire que l'impaludation est, je crois, légitime, lorsqu'un accès de psychose périodique devient inquiétant par sa longue durée ; les accès maniaques sont plus favorablement influencés que les accès dépressifs.

De plus, me basant sur des succès anciens et incontestables, j'estime que l'impaludation est à conseiller en cas de schizophrénie subaiguë ou de psychose subaiguë mal définie.

Rappelant une communication, que je fis au Congrès d'Anvers 1928, le rapporteur relate que j'obtins six rémissions sur 24 cas de psychoses subaiguës d'allure schizophrénique.

En terminant, je vous dirai que de ces six rémissions, — six femmes impaludées à l'Institut Caritas, il y a plus de

huit ans, — trois sont restées « guéries », et trois sont retombées après une rémission de plusieurs années.

M. le D[r] B. ASCHNER (de Vienne). — Nous avons entendu, de la part du Professeur Maier, qu'une activité plus grande s'est établie dans la thérapeutique psychiatrique. Mais il y a encore trop de pessimisme, nihilisme, scepticisme, criticisme stérile et négativisme, non seulement chez les aliénés, mais aussi chez beaucoup d'aliénistes. Je dois vivement m'opposer au rapport du Professeur Maier, qui est d'un négativisme aprioristique, subjectif et seulement théorique et qui ne correspond pas aux faits historiques et aux réalités thérapeutiques actuelles.

Les asiles d'aliénés du monde regorgent de malades difficilement guérissables ou soi-disant incurables, parce que le nombre d'admissions n'équilibre pas celui de guérisons et de renvois. La thérapie usuelle des psychoses est insuffisante, et on serait obligé de chercher des méthodes plus efficaces. La moitié environ de tous les internés sont atteints de schizophrénie.

Cette maladie, considérée par beaucoup d'aliénistes comme héréditaire et comme une forme de dégénérescence, était considérée jusqu'à ces derniers temps comme incurable. On estime, que, dans quelques cas, on a observé des rémissions ou des guérisons spontanées, mais que le médecin ne peut les effectuer, car il ne connaît pas l'étiologie de cette maladie. Abstraction faite de cette opinion, qui est pratiquement fausse, on est obligé de constater, qu'il y a, dans le passé et dans le présent, beaucoup de cas de guérison obtenus par les médecins.

Permettez-moi de démontrer, à l'aide de photos, *qu'il est bien possible de guérir très rapidement et facilement presque tous les cas récents de schizophrénie* d'une manière durable et *d'améliorer ou même de guérir la plupart des cas chroniques* au point qu'ils peuvent vivre sans inconvénient hors de l'asile, en famille ou chez eux.

Bien que spécialisé en gynécologie, je m'occupais depuis plus de 15 ans des troubles nerveux et psychiques en cas d'aménorrhée. J'ai traité ces troubles, non seulement par des hormones, comme il est habituel actuellement, mais en les considérant comme une sorte de déséquilibre du métabolisme, une autointoxication. Beaucoup de neuroses et psychoses

guérissent, si on ne restreint pas le traitement aux stupéfiants, à l'expectation, aux hormones, à la pyrétothérapie, psychothérapie, cure de sommeil ou thérapie d'occupation, thérapie d'insuline, etc., mais si l'on recherche et traite tous les troubles organiques simultanément présents dans le corps (aménorrhée, dyspepsie, constipation, obésité, transpiration, insuffisance respiratoire, etc.). Alors, une exigence de chaque traitement vraiment médical, depuis Hippocrate jusqu'au début de l'époque de la spécialisation exagérée de nos jours, qui veut négliger et bagatelliser ces postulats éternels de la vraie médecine au désavantage des malades. La *thérapeutique constitutionnelle,* comme elle est pratiquée par moi et par mes collaborateurs dans beaucoup de pays, est le vrai hippocratisme moderne.

Les médications efficaces dans ce but sont principalement les laxatifs, vomitifs, lavements de l'estomac, emménagogues, sudorifiques, saignées, certains médicaments spécifiques, comme rad. Hellebori, rad. Veratri, hb. Gratiolæ, l'hydrothérapie, etc. Les résultats de cette thérapeutique constitutionnelle sont particulièrement impressionnants dans la schizophrénie. Mais elle ne doit pas être appliquée mécaniquement et schématisée, plutôt individualisée et appropriée au terrain morbide de chaque individu. Les cas dans la première année de la maladie, surtout dans les premières semaines, sont presque sans exception guérissables, facilement, rapidement et sûrement.

Notre collègue, le D[r] Brousseau, a connaissance du cas d'un jeune cuisinier de Paris, qui a été atteint d'une schizophrénie récente et qui fut déclaré comme incurable dans un grand asile de Paris après un traitement inefficace de trois mois. Le malade ensuite fut renvoyé dans notre institut semi-public (sous le contrôle du Ministère de santé), à Vienne. Après un traitement de 3 mois 1/2, il était complètement normal et il travaille déjà depuis plusieurs mois dans son métier à Paris.

J'ai eu aussi la chance de forcer une rémission impressionnante ici, à Zürich, au sanatorium Kilchberg, à l'aide de mon ami et collaborateur, le D[r] Marchev. Il s'agit d'une jeune dame suédoise atteinte de schizophrénie depuis plusieurs semaines. Les symptômes étaient : catatonie, mutacisme, refus de nourriture, négativisme, hallucinations, aménorrhée, constipation, acné, etc. Les psychiatres du sanatorium pronostiquèrent une durée de plusieurs mois pour cette attaque, et un décours

incertain de la maladie. Nous avons fait le matin une injection d'apomorphine, un lavement de l'estomac, un clysma de séné et de l'hydrothérapie énergique. Le même soir déjà, la malade était complètement claire. La catatonie, le mutacisme et le négativisme étaient disparu. Elle parlait comme il faut, ordonnait tous les détails de son souper, faisait spontanément des projets de future raisonnables, etc. Le bon état reste depuis déjà quatre semaines et elle a été, il y a quelques jours, dîner avec ses parents au restaurant Baur-au-Lac, où elle se comportait comme il faut. Naturellement, elle n'est pas encore guérie et le traitement sera continué.

Maintenant, il me sera permis de présenter, en style de télégramme, les photos qui racontent plus que de longues paroles. Ce ne sont pas des cas singuliers, mais j'ai décrit dans mes travaux beaucoup de cas similaires avec tous les témoins scientifiques, en collaboration et sous le contrôle des aliénistes de Vienne.

1er cas : jeune fille de 20 ans, schizophrénie récente, traitée en clinique 2 mois sans effet, déclarée comme incurable. Catatonie, mutacisme, aménorrhée, acné grave, refus de nourriture, etc. Après un traitement constitutionnel d'une semaine, l'état changeait en hypomanie, mais la malade faisait déjà la gymnastique, dansait, etc. Après 3 semaines, elle était presque normale, et parlait et travaillait comme il faut. Après 2 mois, elle était complètement guérie. Elle travaille déjà plus d'une demi-année dans un établissement de haute couture avec bon succès.

2e cas : fille de 17 ans, paysanne. Hébéphrénie depuis 1 an 1/2, obésité de 86 kg., aménorrhée, catatonie, mutacisme, quelquefois stuporeuse. Déclarée comme incurable par les spécialistes. Après une cure d'amaigrissement de 15 kg. en 3 mois, la malade était transformée complètement, capable à chaque travail (photo). La photo suivante la montre travaillant dans la vigne de ses parents. Elle est sans rechute depuis déjà 4 ans.

3e cas : fille de 29 ans, internée 5 ans dans de grands asiles en Allemagne. Des états furieux changèrent avec de la catatonie. Une fois elle sautait d'un balcon de 4 mètres de hauteur pour aller saluer sa mère, s'approchant à la maison. Ce cas fut déclaré comme désespéré dans l'Institut du prof. Ranke à Munich. Après un traitement constitutionnel chez nous de 7 mois, la malade fut renvoyée en famille, où elle se comporte bien depuis 3 ans déjà.

4e cas : femme de 36 ans. Internée 3 ans en Allemagne. Schizo-

phrénie grave, hallucinations, sans intérêt pour son milieu, incapable de travailler, quelquefois agressive, etc. Thérapie constitutionnelle de 5 mois. La malade fait du jardinage, de la broderie, joue du piano, écrit des lettres, etc. Elle est socialisée et guérie « avec défaut ».

5e cas : fille de 34 ans. Internée 6 ans dans l'asile public de Vienne. Le chef de clinique de Vienne, Prof. Poetzl, consulté par moi avant mon traitement, la déclarait comme cas perdu et désespéré de schizophrénie. Elle était la plupart du temps tenue dans le lit treillissé, battait les infirmières, rejetait la nourriture par la fenêtre, etc. Après un traitement de 3 mois chez nous, elle faisait le jardinage comme il faut, ensuite de l'écriture, lecture, dessin, gymnastique, d'une manière excellente. Elle est depuis 3 ans comme aide parfaite dans la ferme de l'Institut à la campagne.

6e cas : jeune fille française, dont je dois la recommandation à la bonté de notre collègue Brousseau. Internée depuis 2 ans. Schizophrénie grave, hallucinations, incapable à chaque travail, refus de nourriture et de chaque médicament. Arrivant à Vienne, elle poussait avec les pieds et les poings et jetait des objets à la tête de son entourage, et est très dangereuse pour son milieu. Après quelques lavages de l'estomac et vomitifs, elle devenait calme, sans aucun narcotique, travaille tout, écrit des lettres à ses parents, va en ville faire des commissions, bref, est en état de pleine amélioration et sera guérie vraisemblablement en quelques mois, du moins tellement qu'elle peut vivre et travailler d'une manière satisfaisante en famille.

7e cas : fille d'un médecin hollandais, qui a lu à Java ma monographie sur la thérapeutique de la schizophrénie. La malade était traitée en vain depuis 2 ans par des autorités en Hollande pour hallucinations. Au commencement du traitement à Vienne, le Prof. Poetzl, chef de la Clinique universitaire psychiatrique, attiré en consultation par moi, constatait une schizophrénie paranoïde et faisait un pronostic fatal. Après un traitement de 7 mois, la malade était complètement normale et vit depuis 2 ans en famille. Elle est devenue si viveuse qu'elle ne voulut plus rester dans son petit village, mais demandait de demeurer dans une ville plus grande, pour s'amuser.

8e-12e cas : 5 autres cas guéris sont encore démontrés brièvement par photos. Ils représentent seulement une petite partie du grand nombre des cas guéris et améliorés considérablement. J'ai apporté aussi des photos concernant une douzaine de schizophrénies masculines, mais le temps ne me permet pas d'en faire les projections. Je laisse circuler, avec la permission de M. le président, deux albums pleins de telles photos.







a *b* *c*

Fig. 1, *a, b, c.* — Fille de 24 ans, étudiante, d'Allemagne, schizophrénie grave, catatonie, refus de nourriture, aménorrhée depuis 9 mois, faciès de mélancolie, dépit de vie, parle très rarement, se jette quelquefois par terre, etc.

Traitée un an sans effet dans une clinique universitaire allemande (v. fig. 1 *a*).

Après un traitement constitutionnel de 4 mois, elle fait très bien le jardinage (fig. 1 *b*). Après 6 mois, transformée complètement, menstruation régulière, mange bien, travaille tout, parle normalement, etc.





a *b*





c *d*

Fig. 2, *a, b, c, d.* — Homme de 36 ans, traité 2 ans en Allemagne comme schizophrénie grave fut déclaré incurable par les plus grandes autorités. Catatonie, mutisme, refus de nourriture, tentations de suicide fréquentes, négativisme absolu, incapable de travailler (fig. 2 *a*).

Après un traitement de 5 mois, amélioré énormément, les mouvements sont presque libres, il mange bien, parle beaucoup, fait du jardinage (fig. 2 *b*). Fume des cigarettes avec beaucoup de plaisir (fig. 2 *c*) et joue aux échecs (fig. 2 *d*) pendant des heures correctement. Le traitement sera continué jusqu'à la guérison, maintenant très vraisemblable.

Ainsi, d'après les exemples montrés, auxquels plusieurs douzaines d'autres pourraient s'ajouter (j'ai traité plus de 100 cas avec succès) dans les derniers 15 ans, on voit que la schizophrénie peut être guérie facilement et rapidement, quand on lui oppose dès le début la thérapeutique constitutionnelle individualisée.

Dans les deux premières années de la maladie, on a en succès presque 100 pour cent des cas, comme je l'ai publié dans de nombreux travaux, de 1931 jusqu'en 1936, par plusieurs statistiques. Même après une durée de trois à sept ans, on réussit encore très souvent à obtenir des améliorations si considérables que le malade peut vivre hors de l'asile, en famille ou chez lui. De ces cas chroniques, 32 pour cent sont guéris complètement, ou si vous voulez ont une rémission durable, travaillent dans leur métier, sont mariés, etc. Quelques guérisons durent déjà depuis 13, 10, 9, 5, 4 et 3 ans. Un autre tiers est amélioré assez pour vivre en famille, le reste résistait à chaque thérapie.

Dans la majorité des cas, le traitement évacuant et stimulant en régularisant les fonctions organiques (digestion, menstruation, transpiration, fonction du foie) est de beaucoup supérieur au traitement usuel d'expectation, de narcotiques, de pyrétothérapie, de psychothérapie, de la thérapie d'occupation, même de cure de sommeil et cure d'insuline. La dernière est souvent dangereuse, donne quelquefois de bons résultats dans les cas récents, mais jamais dans les cas chroniques, parce qu'elle ne traite pas les troubles singuliers du corps. Elle fait, par exemple, encore plus engraisser les cas d'obésité au lieu de les faire amaigrir, comme nous le faisons par la thérapeutique constitutionnelle individualisée.

Quelquefois, il est favorable de combiner ces dernières méthodes à la thérapeutique constitutionnelle. Toutefois, nous n'usons presque jamais de narcotiques. Ils sont superflus dans la majorité des cas et souvent nuisibles à notre avis, parce qu'ils aident à amener la stupidité et la démence chronique.

On peut trouver des détails plus amples dans ma monographie : « *Heilerfolge der Konstitutionstherapie bei weiblichen Geisteskranken, insbesondere bei Schizophrenie* », Stuttgart, 1933, et dans plusieurs travaux ultérieurs (1). Les suc-

---

(1) *Wiener klin. Wochenschrift* et *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1931-1936.

cès de notre méthode sont déjà si nombreux et durables, et les guérisons de malades de beaucoup de pays déjà si connus qu'il n'est pas justifié de la bagatelliser et la ridiculiser sans avoir d'expérience pratique personnelle à cette méthode. On ne doit pas me faire l'objection de manque de critique ou de naïveté, puisque j'ai livré des travaux scientifiques, bien connus (réflexe oculo-cardiaque, première ablation de l'hypophyse chez le chien, découverte de la fonction du troisième ventricule du cerveau, etc.).

Je recommande alors ma méthode aux collègues, d'en faire la preuve pratique, souvent si impressionnante par sa rapidité et par ses résultats.

Mais il est nécessaire d'étudier la thérapeutique constitutionnelle en général (oubliée dans notre temps de spécialisation à outrance) avant de l'employer en psychiatrie et avant de la rejeter *a priori* (comme non scientifique ou trop empirique), sans expérience propre ou après une preuve trop courte et insuffisante. On ne doit jamais oublier que dans la médecine *le bon effet thérapeutique vaut beaucoup mieux que les théories* les plus artificielles et soit-disant scientifiques.

M. le Dr P. Courbon (de Paris). — Je voudrais souligner l'importance thérapeutique d'un agent qu'il est de mode de mépriser aujourd'hui, dont le rapporteur ne parle pas et auquel souvent ceux qui l'appliquent en même temps que d'autres méthodes doivent tout le succès qu'ils attribuent à celles-ci : l'isolement.

Il y a deux sortes d'isolement : l'isolement collectif, qui n'est que la transplantation du malade dans une collectivité nouvelle formée de malades et de médecins ; l'isolement individuel, qui est la suppression de toute société autour du malade. Je ne parlerai pas de l'isolement collectif, ce serait parler de la maison de santé, de l'asile, de l'hôpital. Tout le monde reconnaît son indispensable utilité. Je ne parlerai donc que de l'isolement individuel, qui peut se définir « la suppression de toute société autour du malade ». On peut le pratiquer soit hors de l'asile, soit en dedans de l'asile. Les premiers aliénistes qui l'appliquèrent lui donnèrent le nom d'isolement cellulaire qui lui est resté. Il est condamnable sans rémission parce que les locaux d'alors, qualifiés cellules, étaient des cloaques sans hygiène. L'est-il encore maintenant que les

locaux où on le pratique sont conformes aux exigences de l'hygiène physique ? C'est ce que je voudrais discuter.

Cet isolement individuel lui-même peut se distinguer en deux : l'isolement individuel intégral et l'isolement individuel associé à la psychothérapie indirecte. Le premier : l'isolement individuel intégral, consiste à enfermer un individu dans une pièce et à ne s'en occuper que pour lui passer sa nourriture et pour nettoyer ses ordures. Il est à condamner sans discussion. Tout homme est une réalité autant psycho-sociologique que psycho-biologique. Couper toutes les attaches d'un individu avec autrui équivaut à lui mutiler le corps. Le malade abandonné à lui seul est la proie de l'angoisse, et il en souffre, ou la proie de son autisme délirant, et pour n'en pas souffrir toujours, il n'en est pas moins perdu. Il y a un syndrome psychiatrique d'isolement, véritable chronification de la psychose, qui est comparable au syndrome neurologique d'immobilisation. Un membre douloureux ou fracturé laissé trop longtemps dans un plâtre reste invalide après l'ablation de celui-ci, par suite d'ankyloses, de rétractions, de raideurs, etc. De même, le psychisme d'un malade laissé trop longtemps loin de la fréquentation d'autrui est définitivement détourné du réel et incurable. La cellule où l'on pratique l'isolement intégral, si belle soit-elle, est une cellule de réclusion. On ne doit pas en autoriser l'existence dans un établissement médical.

Le deuxième isolement individuel, celui qui est *associé à la psychothérapie indirecte,* consiste à supprimer au malade tout contact avec d'autres individus, mais à exercer en même temps d'une façon discrète, autour de lui, d'heureuses sollicitations. Le sujet se sent seul mais non abandonné. La psychothérapie indirecte commence dans la gaieté des murs et de la couche, dans la gaieté de la vue à travers la fenêtre et du jardin, qui autant que possible est annexé. Ce sont là les seules influences que pendant les premiers jours d'agitation extrême on laisse s'exercer. Puis la psychothérapie indirecte continue dans la lecture, le dessin, les occupations solitaires en rapport avec les goûts des sujets, que l'on permet peu à peu. La T.S.F. adroitement maniée est précieuse. Le rôle du personnel et du médecin se borne à des apparitions courtes et silencieuses au début, puis de plus en plus longues avec utilisation de tous les prétextes pour entrer en communication avec le malade. Insensiblement, on laisse sa

porte ouverte, on l'amène à la franchir, à frayer avec les infirmiers, à les accompagner dans les courses à travers l'asile et à se réadapter à la vie en commun.

Bien entendu, à la psychothérapie indirecte et à l'isolement peut s'ajouter la thérapeutique médicamenteuse. Mais il ne faut pas oublier que l'intolérance de la seconde est une indication des premières. Ce sont les psychopathes que les sédatifs plongent dans des vomissements ou des syncopes, qui ont le plus besoin d'être isolés.

Comme indication de l'isolement individuel associé à la psychothérapie indirecte, on a donc l'intolérance médicamenteuse. Mais l'indication primordiale vient de la nature de la maladie : les excitables, ou du moins certains excitables, en sont justiciables, mais non les excités.

Par excitables, j'entends les sujets dont la psychose a une cause extérieure : les émotifs ou sujets à équilibre instable, que des circonstances indépendantes de leur constitution fait chavirer dans le délire. Par opposition à ces déséquilibrés, j'entends par excités les sujets dont la psychose a une cause endogène, crytogénique, ou sujets à rythme constitutionnellement déréglés : les cyclothymiques. (Voir Congrès de Limoges, 1932 : La dynamique et la statique des constitutions) (1).

Donc : sont justiciables de l'isolement individuel associé à la psychothérapie indirecte les sujets que des émotions, des chagrins, ou le surmenage ont mis dans un état de misanthropie douloureuse poussée jusqu'à la folie. Cette misanthropie, débordée par l'agitation, se calme par l'isolement. Ne sont pas justiciables de l'isolement les excités, ni parmi les excitables ceux qui ont des idées de suicide.

Une telle cure n'est guère possible dans les chambres ouvrant sur une salle commune, comme c'est le cas des asiles modernes. Elle est facile dans les chambres avec jardinets du quartier cellulaire de certains asiles démodés, surtout de ceux qui sont situés dans un beau site. La vie du malade dans une telle cellule est comparable à celle du laïc pieux qui va faire retraite dans la cellule d'un monastère, où la solitude entrecoupée d'exercices religieux le réconforte. A l'asile de Vaucluse, dont les cellules ouvrent sur une harmonieuse campagne d'Ile-de-France, j'ai vu des intermittents guérir plus vite de leurs accès

---

(1) Communication faite avec Jean Tusques.

traités par l'isolement, que de leurs accès traités par la thérapeutique médicamenteuse en salle commune et conserver de leur cellule un reconnaissant souvenir.

Pour conclure, l'isolement intégral, véritable réclusion, est à condamner sans rémission. Mais l'isolement associé à la psychothérapie indirecte, véritable retraite, est excellent pour les déséquilibrés émotifs, qui présentent de l'intolérance aux médicaments et n'ont pas d'idées de suicide.

Si je fais ainsi l'apologie de l'isolement, c'est d'abord parce que je crois à son efficacité. C'est ensuite parce qu'en rendant hommage à la psychothérapie indirecte qu'exerce le paysage, je rends hommage à la Suisse.

La Suisse est universellement connue comme le pays des maisons de santé. Cette réputation, parfaitement justifiée, est due non seulement à la science thérapeutique de ses excellents médecins, mais encore à l'incomparable diversité de la beauté de ses paysages.

M. le Dr A. Walk (de Coulsdon [Surrey], Angleterre). — Je voudrais vous signaler quelques modestes contributions à la thérapeutique qui ont été faites en Angleterre. En premier lieu, en ce qui concerne la narcose prolongée, des recherches ont été entreprises à Cardiff, surtout au point de vue chimique, par Quastel, dans le but de trouver moyen d'écarter les dangers de la cure de sommeil. Suivant Quastel, les effets toxiques dangereux des médicaments barbituriques dépendraient en grande partie d'une perturbation du métabolisme du sucre. Par conséquent, on a donné aux malades, qui subissent le traitement, des injections journalières d'insuline, en leur faisant absorber en même temps une quantité suffisante de sucre.

Cette méthode a été suivie dans d'autres asiles, et il semble bien qu'avec cette méthode, les dangers de l'intoxication sont fort réduits et la mortalité devient nulle. On n'a par conséquent pas jugé utile de changer de médicament et l'on s'en tient toujours au somnifène.

Puis, il y a des épreuves qui ont été faites dernièrement, par Guttmann et Maclay, avec la mescaline. Il s'agit des effets de la mescaline sur des malades souffrant de dépersonnalisation au sens restreint du mot, c'est-à-dire se plaignant eux-mêmes qu'ils n'étaient plus la même personne, ou que les objets extérieurs étaient changés. Après l'absorption de la mescaline,

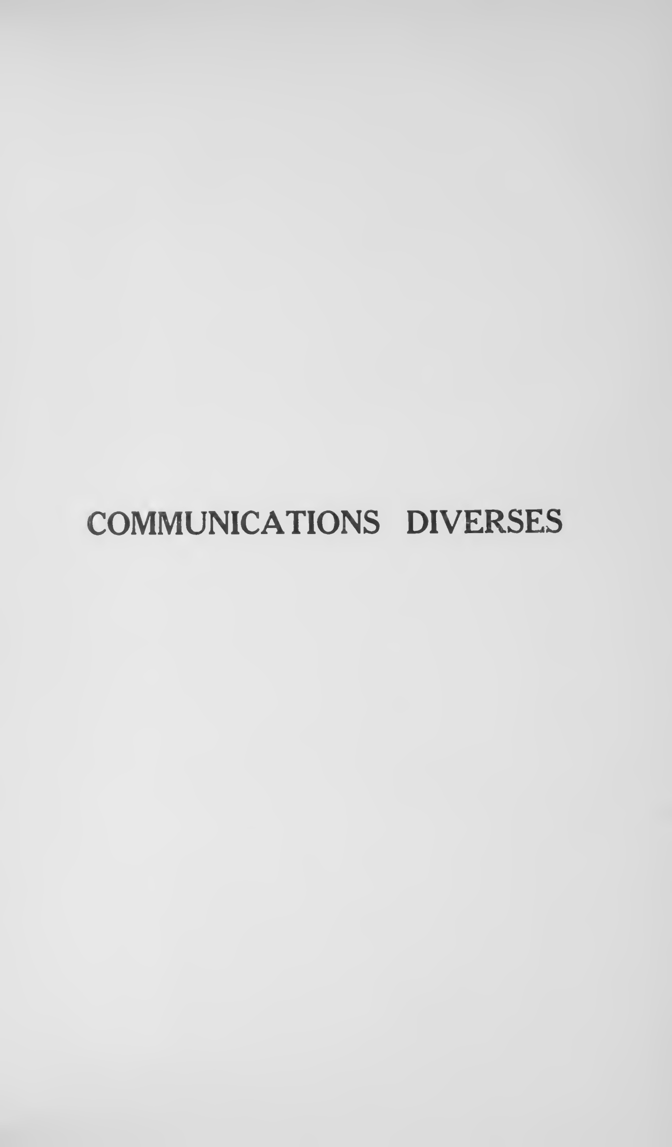
dans certains cas, cette dépersonnalisation disparaissait et on a pu utiliser cet effet pour la psychothérapie, en ce sens que le malade se rendait compte que sa dépersonnalisation n'était pas inaltérable, et que sa maladie était capable d'être influencée par des médicaments. Enfin, je vous signale les effets qui ont été observés cette année même avec la benzédrine, par Guttmann et Peoples. La benzédrine, substance apparentée à l'éphédrine, a été employée, comme vous le savez, comme remède à la narcolepsie; elle augmente aussi la pression artérielle. Guttmann et Peoples l'ont donnée à des mélancoliques, dans le but d'étudier les effets de changements de la pression artérielle chez ces malades, et ils ont constaté une amélioration sensible dans l'état mental des sujets. Cet effet paraît dépendre de ce que la benzédrine, en chassant la fatigue, rend à ces malades le sens du bien-être qu'ils ont perdu. Il n'y a pas encore eu temps détudier les résultats possibles d'une administration prolongée, mais ici encore, à l'effet direct du médicament s'ajoute un effet psychothérapeutique, les malades ayant pu se convaincre de la possibilité d'une guérison de leurs symptômes.

Pour terminer, je voudrais vous assurer de l'admiration qu'on a dans mon pays pour les travaux précieux qui ont émané des établissements psychiatriques de cette ville de Zurich.

M. E. Minkowski (de Paris). — En dehors des diverses méthodes de traitement préconisées en psychiatrie, il y a lieu de souligner l'orientation thérapeutique de nos notions cliniques. A ce point de vue, on ne saurait trop insister sur la portée de la notion de schizophrénie. J'ai essayé de la mettre en relief dans mon livre : « La schizophrénie ». Il s'agit de bien plus que d'un simple changement de nom, de terme. La schizophrénie est peut-être une entité discutable du point de vue clinique, mais elle est et restera une notion particulièrement féconde, de même du reste que celle d'autisme qui représente la plus importante acquisition de la psychopathologie moderne. Venant restreindre le domaine de la démence, ces notions ont ouvert de larges perspectives thérapeutiques, et cela en dépit du scepticisme initial de leur créateur, mon vénéré maître Bleuler. Elles ont non seulement inspiré diverses méthodes particulières de traitement, mais ont encore modifié toute l'attitude du psychiatre, et, par son intermé-

diaire, du personnel infirmier à l'égard du malade, en créant ce nouveau *spiritus loci* dans les asiles, qu'on ne peut pas traduire d'une façon précise par des mots, mais qui n'en a pas moins été salutaire pour les malades.

En parlant de cela, je ne puis résister à une émotion profonde qui m'étreint et qui vient de ce que notre Congrès siège à Zurich, ce Zurich, qui a été mon berceau psychiatrique en même temps que celui de mes amis, Maier et Répond. Depuis, bien que les années nous aient tout naturellement éloignés de notre berceau, nous sommes tous restés profondément attachés à l'œuvre et à la pensée de notre maître. Et si tout à l'heure M. Courbon a dit ce que la Suisse et ce Congrès nous ont donné en dehors de l'apport purement scientifique, qu'il me soit permis de formuler le vœu que le *spiritus loci,* dont nous avons pu y bénéficier, se propage et se transforme en *spiritus mundi.*



COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Communication sur l'hérédité dans les psychoses maniaques-dépressives et discordantes

par MM. H. Claude, J. Rouart et G. Deshaies (de Paris)

D'une statistique comportant à l'heure actuelle 83 familles de malades maniaques-dépressifs et 136 familles de malades schizophréniques, nous extrayons certains résultats généraux en ce qui concerne le rôle de l'hérédité dans ces deux psychoses (1).

Trois points nous retiendront particulièrement, relatifs à l'hérédité psychopathique générale, aux formes de l'héritage morbide, et à la répartition parentale de cet héritage. Leur exposé objectif sera suivi des conclusions théoriques et méthodologiques qu'il paraîtra légitime d'en tirer.

A. — Données statistiques

I. — En ne considérant que les cas de psychopathies, abstraction faite des affections neurologiques et des caractères seulement anormaux, mais compte tenu des troubles nettement morbides et des suicides isolés, — *l'hérédité psychopathique*

---

(1) Etude qui sera continuée et développée dans la thèse de G. Deshaies: *L'Hérédité dans les Psychoses maniaque-dépressives et schizophréniques.*

générale s'élève à 50 % dans la série schizophrénique, 56 % dans la série cyclophrénique.

De sorte que dans la moitié des cas de schizophrénie et dans 44 % des cas de maniaque-dépressive, on ne trouve aucun antécédent psychopathique notable chez les ascendants (remontant au moins à la 3e génération) ni chez les collatéraux du malade considéré. Ce fait, pour être négatif, ne saurait être négligé, non plus que l'infime différence entre les pourcentages de morbidité des deux psychoses.

II. — Ceci posé, voyons maintenant parmi les cas positifs sous quelles *formes* apparentes se manifeste l'hérédité.

On a coutume de distinguer la similarité et la dissimilarité selon que l'on trouve dans la même famille plusieurs exemplaires de même type clinique ou de types différents. Or, dans certains cas coexistent, au sein de la même famille, des types cliniques analogues et des types dissemblables, que les auteurs classent d'emblée dans la catégorie de dissimilarité, dite aussi de polymorphisme. Il nous semble cependant utile de distinguer ce groupe de faits, et d'envisager par conséquent trois groupements au lieu de deux :

1° L'hérédité similaire pure, d'homogénéité absolue, dans laquelle n'existent que des exemplaires de la même entité morbide ; 2° L'hérédité dissemblable pure, d'hétérogénéité absolue, comportant par rapport au cas témoin, des entités morbides toutes différentes de celui-ci ; 3° L'hérédité mixte, homo-hétérologue, d'homogénéité et d'hétérogénéitê relatives, rassemblant des entités homologues au cas témoin et des entités différentes.

Nous avons ainsi dans la série cyclophrénique : 61 % d'h. similaire ; 17 % dans la série schizophrénique ; 19,5 % d'h. mixte dans la série cyclophrénique ; 19 % dans la série schizophrénique ; 19,5 % d'h. dissemblable dans la série cyclophrénique ; 64 % dans la série schizophrénique.

Sans insister sur la cause d'erreur possible résultant de la non-distinction du mode mixte dans la comparaison des résultats fournis par des auteurs différents, remarquons que, si nous n'avions pas explicité ce mode, nous eussions fort bien pu assimiler les cas d'hérédité mixte à ceux d'h. similaire, du fait de la similarité partielle et affirmer, par exemple, 80,5 % d'hérédité similaire dans la maniaque-dépressive.

Dans cette échelle génétique de l'homogénéité à l'hétérogénéité morbides, les coefficients de la maniaque-dépressive et de la schizophrénie sont exactement en rapport inverse l'un de l'autre ; et il paraît curieux de constater que l'homogénéité relative des cas de maniaque-dépressive et l'hétérogénéité relative des cas de schizophrénie se confondent en un état intermédiaire, mixte, d'une seule et même valeur statistique (19 % et 19,5 %).

Comme il y a polymorphisme, simplement à un degré moindre, dans l'hérédité mixte aussi bien que dans l'hérédité dissemblable pure, ces deux variétés peuvent être réunies sous le nom d'hérédité polymorphe. Ce « polymorphisme » est particulièrement important à étudier, surtout en ce qui concerne les rapports des deux séries cyclophrénique et schizophrénique. En fait, elles interfèrent : dans la proportion de 38 % des cas de schizophrénie pour la série cyclophrénique, soit 15 % de l'hérédité psychopathique générale ; et de 50 % de cas de maniaque-dépressive dans la série schizophrénique, soit 41,5 % de l'hérédité psychopathique générale, proportion relativement considérable.

Par ailleurs, il y a plus du double de cas de suicides et d'arriération mentale dans la maniaque-dépressive que dans la schizophénie. Dans cette dernière, sont par contre plus fréquents les déséquilibres psychiques, les délires paranoïaques et les troubles psychiques séniles.

Nous pouvons donc confirmer la prédominance de la similarité dans l'hérédité cyclophrénique, fait tenu pour bien acquis par M. Brousseau, tout en faisant plus large peut-être la part du polymorphisme. Nous nous accordons aussi avec M. Boven pour conclure à la plus grande importance du polymorphisme dans l'hérédité schizophrénique ; à la non-exclusion réciproque des deux séries morbides, en insistant davantage encore sur l'interférence remarquablement fréquente de la maniaque-dépressive dans la famille schizophrénique.

III. — Nos résultats concordent moins bien quant au 3ᵉ point qui reste à envisager : celui de la *répartition parentale* des entités morbides.

En effet, si l'on considère la distribution de l'hérédité psychopathique générale parmi les divers membres familiaux, notre statistique donne, comme :

frères, sœurs	60 %	dans la M.D.;	33 %	dans la	D.P.
parents	51 %	— M.D.;	50 %	—	D.P.
grands-parents	36 %	— M.D.;	21 %	—	D.P.
oncles, tantes	45 %	— M.D.;	26 %	—	D.P.
cousins	34 %	— M.D.;	21 %	—	D.P.

Si l'hérédité directe et continue occupe le premier plan dans la maniaque-dépressive, comme le dit M. Boven, l'hérédité collatérale n'en apparaît pas moins importante ici. Par contre, dans la schizophrénie, les collatéraux ne sont pas spécialement surchargés, comme l'exigeraient les travaux du Rapporteur.

Toutefois, ces divergences se réduisent si l'on cherche la répartition non plus de toute l'hérédité psychopathique, mais seulement celle des cas similaires (pris dans l'hérédité similaire pure et dans l'hérédité mixte). Dans la maniaque-dépressive, le pourcentage s'élève à 70 % pour les parents ; s'abaisse à 45 % pour les frères et sœurs ; à 12 à 15 % pour les grands-parents, oncles, tantes, cousins. De même, dans la schizophrénie, en sens inverse, le pourcentage s'abaisse à 16 % pour les parents, à 10 % pour les grands-parents ; alors qu'il s'élève à 53 % pour les frères et sœurs, à 37 % pour les oncles et tantes, à 32 % pour les cousins.

La surcharge morbide dans la lignée directe pour la maniaque-dépressive, dans la lignée collatérale pour la schizophrénie, ne se manifeste donc, dans nos observations, que dans la forme similaire (pure ou mixte).

B. — Considérations méthodologiques

Cette statistique a été établie suivant certaines directives méthodologiques, que nous devons préciser.

I. — Il convenait tout d'abord d'éviter la « petitio principii », consistant à partir de tous les cas observés, typiques et atypiques, pour étudier l'hérédité psychopathique, et à s'appuyer ensuite sur cette dernière pour distinguer les uns des autres les cas mal définis. La méthode statistique ne peut s'appliquer qu'à des éléments suffisamment définis ; à cette seule condition les résultats obtenus peuvent avoir un sens et une valeur. Aussi n'avons-nous retenu que les cas de diag-

nostic assez net, et avons-nous rejeté ceux qu'on ne sait trop où classer. Nous sommes alors en droit de rechercher si les données héréditaires peuvent ou non contribuer à la classification nosologique des cas étudiés. Il y a encore un cercle, mais il n'est plus vicieux.

II. — L'obligation primordiale de définir les unités formant matière à l'étude statistique entraîne plusieurs conséquences parmi lesquelles deux seulement seront ici retenues. En premier lieu, si l'hérédité psychopathique doit évidemment être étudiée en son ensemble, le meilleur moyen d'y parvenir n'est pas de partir de cet ensemble, mais des cadres cliniques établis, donc de rechercher d'abord l'hérédité dans chacune des psychopathies assez bien définies, d'en comparer les résultats, et d'en dresser le tableau d'ensemble. Or, quand on sait toute la difficulté du diagnostic psychiatrique, et combien tel cas presque typique pour l'un l'est si peu pour l'autre, on se trouve conduit à exprimer le vœu, que, dans toute comparaison statistique, le choix des observations médicales soit fait par le même observateur.

La seconde conséquence impose de séparer du cadre psychopathique les caractères plus ou moins anormaux, — dont les traits sont par trop dépendants de l'appréciation subjective, par trop variables, par trop fréquents chez les sujets sains. Au reste, le caractère participe trop intimement du développement même de la personnalité, assujetti aux conditions extérieures, pour qu'il soit valable de lui supposer un substratum génétique spécifique. Serait-ce à dire que l'on dût proscrire les recherches purement caractérologiques ? Non. Mais ce n'est pas médire de la Caractérologie que de constater son état embryonnaire, sur quoi l'on ne peut encore raisonnablement rien fonder. Ne mêlons donc pas l'étude statistique des caractères anormaux à celle des psychopathies, malgré la possibilité théorique du développement de ceux-là en celles-ci.

III. — La distinction de ce que l'on appelle normal et pathologique pose des problèmes fondamentaux, que nous ne pouvons aborder ici. Tout au plus, soulignerons-nous l'intérêt de comparer les familles psychopathiques aux familles normales, familles témoins. Précisément, la conception de la famille normale selon M. Boven, discutable à ses propres yeux, nous paraît inutile, fort équivoque, et résulter d'une regrettable confusion

entre la notion de famille et celle de génération. On ne saurait, ni en droit, ni en fait, qualifier une famille de normale en ne tenant compte que des membres d'une même génération, fût-ce la dernière. La famille vraiment saine est celle dont tous les membres qui la constituent par le sang sont sains d'esprit. Que l'on ne croie pas nous retourner notre objection en remarquant que cette famille réputée saine peut néanmoins comprendre des membres tarés demeurés inconnus ou méconnus; car cela s'applique non au concept même, mais aux bornes naturelles de la connaissance empirique, lesquelles d'ailleurs limitent tout autant la famille psychopathique, ce qui rétablit l'équilibre de la comparaison.

C. — Conclusions doctrinales

A quelles conclusions doctrinales aboutissons-nous en définitive ? La question prêterait aisément à de longs développements. Contentons-nous d'indiquer trois points parmi les plus importants :

1° En ce qu'elle a de négatif, notre statistique prouve que l'hérédité en tant que facteur étiologique (notion discutable, voire fausse) n'est point nécessaire dans l'éclosion ni de la schizophrénie, ni de la maniaque-dépressive, puisque dans la moitié des cas environ aucun antécédent héréditaire psychopathique n'existe. La maniaque-dépressive, « psychose héréditaire » par excellence, à laquelle nous reconnaissons près des 2/3 d'hérédité similaire pure dans le groupe des familles tarées, voit cette proportion s'abaisser à 1/3 si l'on ajoute le groupe des familles n'ayant pas d'autre tare que celle du malade observé. Pas plus que nécessaire, l'hérédité ne semble suffisante. Elle implique beaucoup moins une constitution morbide spécifique qu'une prédisposition morbide générale, participant du développement de l'individu, et soumise à l'action du milieu biologique, psychologique, social, dont les multiples influences deviennent morbifiques en se combinant avec elle.

2° De là résulte que la Génétique ne constitue pas, comme quelques auteurs l'espèrent, la voie royale par laquelle la Psychiatrie serait appelée à se rénover sur une nouvelle base nosologique. Le point de vue génétique doit être considéré comme valable, mais ne saurait être tenu pour exhaustif ni exclusif.

3° En ce qui concerne les rapports des psychoses maniaco-dépressives et discordantes, leur interférence réciproque au sein des familles psychopathiques est un fait particulièrement remarquable ; surtout dans les familles schizophréniques, chez lesquelles le polymorphisme se réduit souvent à un dimorphisme exprimable par le couple : schizophrénie-maniaque-dépressive, à l'exclusion de tout autre terme. Cette corrélation statistique positive s'accorde donc pleinement avec l'importance chaque jour reconnue plus grande de la succession ou de l'association chez le même malade des syndromes maniaques-dépressifs et des syndromes discordants (1).

---

(1) Point de vue qui a été développé dans la thèse de J. Rouart : *Psychose maniaque-dépressive et Folies discordantes*, Paris 1935.

Premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce

par MM. Jean Picard et Henri Ey (de Bonneval)

Nous nous sommes livrés à quelques recherches concernant les familles d'aliénés dans un pays où la vie rurale et peu migratrice permet, malgré de nombreuses difficultés et incertitudes, d'établir de larges fragments généalogiques. Nous présentons trois de ces arbres ou de ces « branches ». Il existe, malgré tous nos efforts, quelques imprécisions qu'il nous a été impossible de réduire.

Nous avons pris, au hasard, des dossiers de malades internés vers 1860. Sur ces dix recherches initiales, sept se sont avérées impossibles. Nous avons pu cependant établir l'ascendance et la descendance de cinq générations (pas toutes complètes) dans trois familles : les familles Lazard, Serin et Decourby (1). La première (Lazard) s'est trouvée être une famille de choréiques, nous l'exposerons dans notre communication demain sur « les syndromes striés hyperkinétiques et troubles mentaux ». Avant d'exposer les généalogies partielles des familles Serin et Decourby, nous allons exposer, dans un tableau à peu près complet, lui, l'arbre généalogique de la famille *Rousseau-Coupin,* à laquelle notre rapporteur, le Docteur Brousseau, a bien voulu faire allusion.

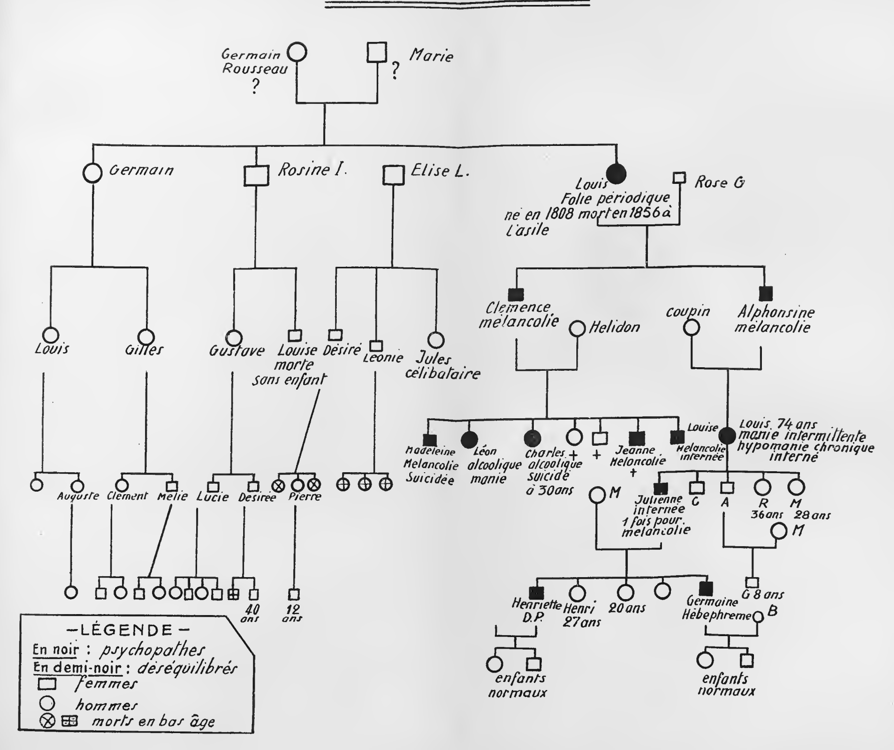
I. — Famille Rousseau-Coupin

Particularités. — Seule la descendance de Louis Rousseau est touchée, on peut même dire décimée. Celle des trois autres

---

(1) Nous altérons légèrement les vrais noms.

FAMILLE ROUSSEAU COUPIN.



frères est normale, ou tout au moins les troubles ne dépassent pas les impulsions dipsomaniaques ou le léger déséquilibre.

A la 1re génération : Louis Rousseau, interné en 1851, est mort en 1856 de pleurésie (autopsie) étant atteint de folie intermittente *à double forme* typique.

A la 2e génération : les deux filles, Clémence et Alphonsine, sont frappées. Après plusieurs accès *maniaques,* Clémence est morte à l'asile à l'âge de 60 ans. Alphonsine, femme Coupin, a été internée six fois pour crises *maniaques* et est décédée à l'asile à 80 ans, sans affaiblissement intellectuel.

A la 3e génération : la famille Helidon, composée de sept enfants, comprend le *suicide* de Charles (alcoolique non interné), le suicide de Madeleine (internée pour *mélancolie*), un *accès mélancolique* avec éléments confusionnels chez Jeanne, femme Prunet, et une psychose *mélancolique* intermittente avec tendance à l'affaiblissement intellectuel (Louise). La famille Coupin ne comprend qu'un seul membre, Louis, interné en 1912 et en 1921, et actuellement à l'asile, présentant un tableau d'hypomanie sans affaiblissement intellectuel après une série de crises maniaques intermittentes.

A la 4e génération : la famille Helidon n'est représentée que par un fils de Jeanne Prunet, qui a eu une existence normale. Du côté Coupin, cinq enfants, dont l'aînée, femme Maron, a été internée pour une crise de *mélancolie* en 1916 ; depuis lors, elle n'a plus eu de crises. Les autres enfants sont normaux.

A la 5e génération : les enfants Prunet n'ont pas pu être retrouvés, pas plus que les enfants de Louise mariée à un étranger qui a disparu. Du côté Maron, deux filles, sur six enfants, dont l'une en état d'*hébéphrénie,* l'autre présente tous les signes d'une *discordance schizophrénique.* Le reste de la descendance, soit six membres de la 5e génération et cinq enfants de la 6e génération paraissent normaux.

Le grand intérêt qui se dégage de cette famille est qu'à la 5e génération apparaissent des troubles d'un niveau plus profond de type démence précoce. Il semble que les individus sains le soient complètement et que, pour les branches malades, ou bien elles s'éteignent rapidement, ou bien elles cessent d'être pathologiques.

II. — Famille Serin

Particularités. — La parenté de la 1re génération n'est pas établie. Il semble que ce soit, sinon des frères, au moins des cousins proches. (Toute la famille est de deux petits villages voisins, V. et B.).

Là encore, dans cette famille, nous remarquons un extrême polymorphisme, malgré quelques « séquences » typiques. La branche Jacques paraît plus « schizophrénique » que la double branche, Serin-Peheux.

Il faut noter l'apparition d'accidents alcooliques, de démence sénile et de délire aigu dans la lignée.

Malgré le mariage d'Anatole Pichot avec un aliéné, la descendance est normale jusqu'ici.

Noter dans la branche B. (épouses Peheux) l'atteinte exclusive des femmes.

III. — Famille Decourby

Particularités. — A la *1re génération,* pas de renseignements.

A la 2e génération : de la branche collatérale, Léontine présente un accès de mélancolie présénile avec délire de négation. Dans la famille souche, Victorine présente, vers 57 ans, une psychose sénile avec délire de persécution et état démentiel terminal. Son frère, Pierre-Désiré, se marie avec Jeanne D., elle-même psychopathe, quoi qu'elle n'ait jamais été internée et dont un parent aurait été épileptique.

A la 3e génération : la descendance de Léontine se « normalise ». La descendance de Pierre-Désiré est décimée : Léonie présente une unique bouffée délirante en 1864 ; Alphonsine est une imbécile ; les deux jumeaux sont des idiots ; Albert est également idiot.

A la 4e génération : une fille d'Alphonse fait une psychose sénile et meurt en 1932 à l'asile. Tout le reste de la descendance, ainsi que la 5e génération, est normal.

Il y a lieu de noter que Mélanie a fait des troubles confusionnels au cours desquels elle s'est fait une fracture du crâne, et c'est sous le diagnostic de « psychose traumatique » qu'elle a été internée (les troubles, d'après l'observation, ont été antérieurs au traumatisme).

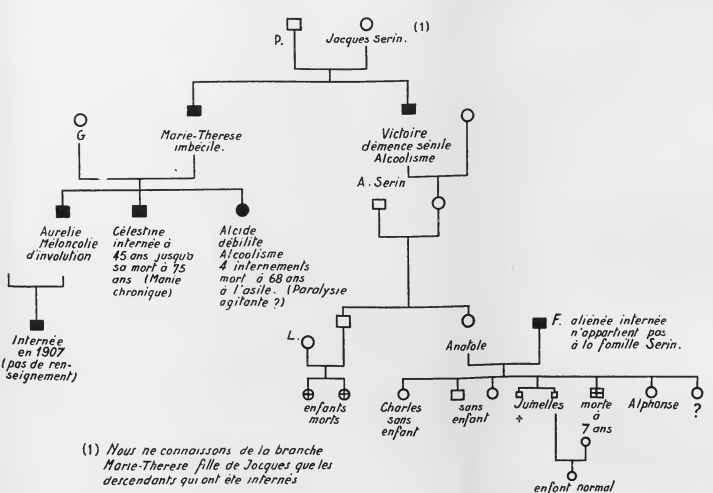
*
* *



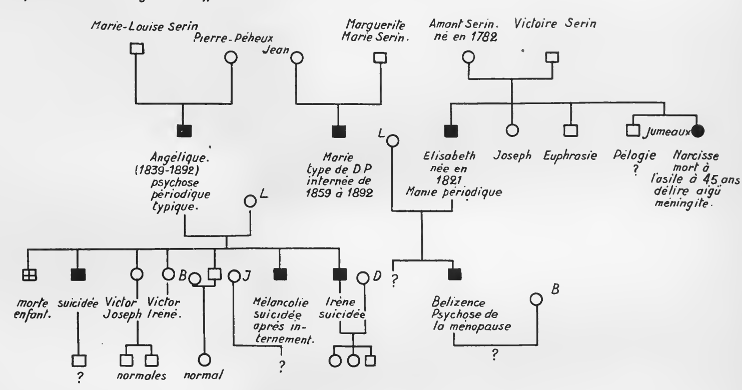
FAMILLE SERIN

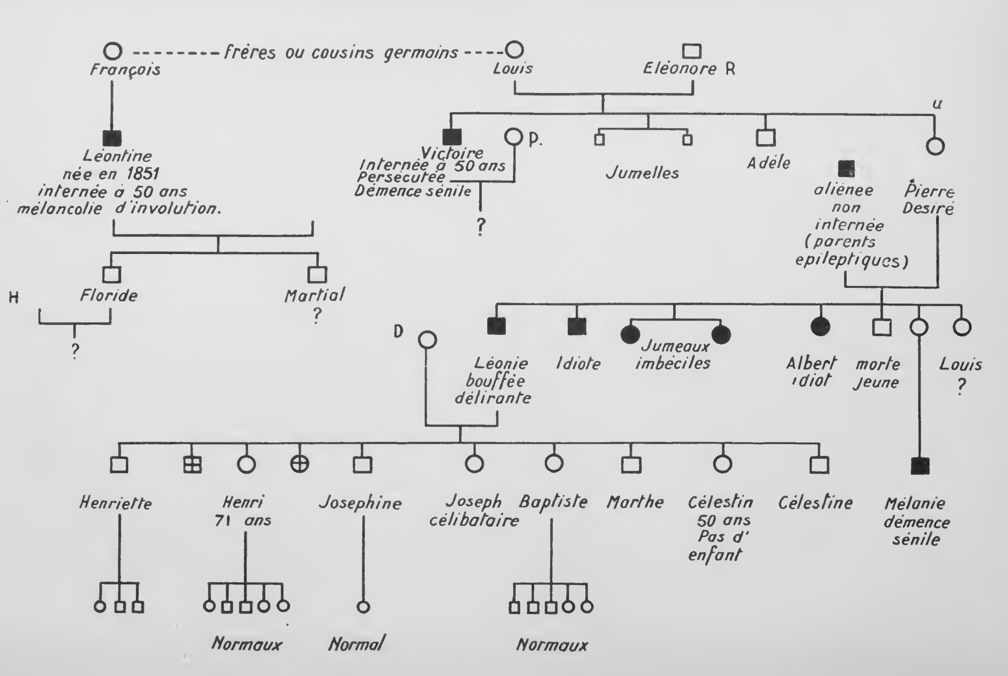
((Quatre branches collatérales issues de frères ou cousins germains))

BRANCHES PEHEUX ET AMANT SERIN



(1) Nous ne connaissons de la branche Marie-Therese fille de Jacques que les descendants qui ont été internés




Famille DECOURBY
François
frères ou cousins germains
Louis
Eléonore R
u
Léontine
née en 1851
internée à 50 ans
mélancolie d'involution.
Victoire
Internée à 50 ans
Persécutée
Démence sénile
P.
?
Jumelles
Adéle
aliénee
non
internée
(parents
epileptiques)
Pierre
Desire
H
Floride
?
Martial
?
D
Léonie
bouffée
délirante
Idiote
Jumeaux
imbéciles
Albert
idiot
morte
jeune
Louis
?
Henriette
Henri
71 ans
Josephine
Joseph
célibataire
Baptiste
Marthe
Célestin
50 ans
Pas d'
enfant
Célestine
Mélanie
démence
sénile
Normaux
Normal
Normaux

Il semble que, dans l'ensemble, le sexe féminin soit plus atteint.

Le *caractère polymorphe* de l'hérédité psychopathique, ou mieux son caractère évolutif, mutatif, nous paraît évident. Nous pourrions rapporter ici encore bien des faits. Citons, par exemple, une dame V. présentant la psychose périodique la plus typique, dont le grand-père était épileptique ; une dame S. G. présentant un délire hallucinatoire de type paranoïaque dont un frère est idiot ; un homme B., atteint de chorée chronique, dont le fils est mort dément précoce ; une dame X., atteinte de « psychose hallucinatoire », dont la fille était une démente paranoïde, etc., etc.

Il semble que l'*hérédité similaire soit plus fréquente dans les formes admettant un niveau de dissolution des fonctions mentales plus profondes et touchant aux états proprement neurologiques* (idiotie, démence, etc.).

Ceci peut être, si le fait se vérifiait, d'une grande importance pratique. Le fait d'observer des séquences similaires de niveaux psychopathiques profonds pourrait devenir éventuellement une condition à envisager des mesures de *stérilisation.*

Le problème de l'hérédité psychopathique, et surtout celui des sanctions pratiques, ne saurait en tous cas être envisagé qu'après de minutieuses études des mécanismes évolutifs et de la hiérarchie des états d'aliénation. Ces états se distribuent bien mieux dans une série de niveaux de dissolution, à structure plus ou moins typique, qu'ils ne se rangent dans une mosaïque d'entités trop arbitraires. Comme la maladie peut changer — et combien de fois d'étiquette ? — chez un même individu, elle reste en mouvement dans la lignée. Cela doit commander une extrême prudence, mais aussi une grande vigilance à l'égard de la dynamique des transmissions héréditaires de troubles qu'on ne saurait réduire à la répartition d'un ginotype simple. Cela reste vrai même quand on entoure cette « extrapolation » de fausses précisions mathématiques qui multiplient à l'infini l'erreur des définitions initiales. Une bonne et longue observation qualitative doit précéder et conditionner les recherches quantitatives. S'il fallait cependant exprimer une opinion sur le mode de transmission dans les cas des troubles que nous avons cherchés, il semble que l'hérédité se fasse plutôt selon un mode de *dominance.*

Hérédité précessive
et stérilisation eugénique dans la manie

par M. Paul Schiff et Mlle Anne du Tillet (de Paris)

Dans un travail antérieur, publié en 1931 aux *Annales Médico-psychologiques* en collaboration avec Mareschal, l'un de nous a rapporté l'histoire d'une famille psychopathique (1).

Le point de départ de cette publication était une malade de 75 ans, atteinte de délire de la persécution, dont la fille de 57 ans et une petite-fille de 32 ans étaient internées, la première pour psychose hallucinatoire chronique, la deuxième pour démence précoce.

En somme, hérédité vésanique dans deux générations.

L'arbre généalogique de cinq générations de cette famille avait pu être dressé : il montrait quatre aliénés, une épileptique, cinq méningites, huit mort-nés, six bacillaires, huit sujets mariés, mais stériles, soit 32 sujets anormaux sur 57 sujets (55 %).

De tels faits pouvaient sembler être en faveur de la stérilisation eugénique, ils en démontraient au contraire l'impossibilité : la psychose de la grand'mère était apparue neuf ans après l'internement de sa fille et quatre ans après l'internement de sa petite-fille. D'autre part, elle avait cessé d'être réglée douze ans avant l'éclosion des troubles mentaux chez sa fille, dix-sept avant la psychose de sa petite-fille, vingt ans avant sa propre psychose. Nous montrions que, pour être efficace, la stérilisation eût dû porter sur un arrière-grand-père particulièrement vigoureux d'aspect, un lancier de la garde du Second Empire, et que, si elle eût été réalisable et réalisée, elle aurait privé la nation de diverses personnalités

---

(1) Paul Schiff et Pierre Mareschal. — Hérédité psychopathique et stérilisation eugénique. Société Médico-Psychologique du 26 janvier 1931, *Annales Médico-psychologiques*, tome I, 1931, p. 71.

énergiques et socialement fort utiles que comportait aussi cette descendance par ailleurs si tarée.

*
**

A l'appui des judicieuses réserves que les rapporteurs à ce Congrès font sur la stérilisation des maniaques-dépressifs, nous apportons un autre tableau généalogique, qui donne lieu aux mêmes remarques que le premier.

Mme Jeanne F. (n° 8 du tableau), ménagère, née en 1884, entre en 1932, à l'Hôpital Henri-Rousselle et est internée pour un épisode maniaque aigu, qui est le troisième en date depuis 1922.

Son mari, alcoolique chronique (n° 21), est mort en 1928, à 50 ans, de délirium tremens. Le couple a eu trois enfants :

Une fille (n° 25), née en 1905, qui a fait, à 20 ans, un épisode maniaque d'origine puerpérale pour lequel elle a été internée à Maison-Blanche. Elle a guéri, n'a jamais récidivé et est actuellement bien portante.

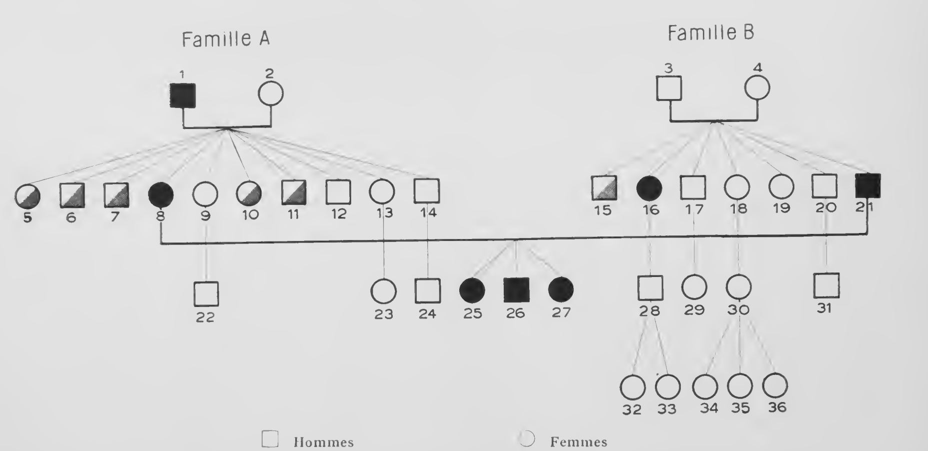
Un fils (n° 26), né en 1908, interné en 1929 pour bouffée délirante polymorphe (Dr Capgras), en 1932, pour éthylisme et démence précoce (Drs Courbon, Simon, Truelle). Il s'agit sans doute de schizophrénie révélée par l'alcool comme dans les cas de Dublineau (1).

Une fille (n° 27), née en 1911, a été hospitalisée en 1927, en 1929 et en 1932, à l'hôpital Henri-Rousselle, pour des accès de manie qui ont chaque fois rapidement rétrocédé ; c'est une débile psychique, avec divers traits de discordance mentale.

En somme, l'hérédité vésanique similaire est démonstrative en partie pour la mère et la fille cadette. Pour le fils, au contraire, il y a eu une mutation dans la transmission de la tare psychopathique. C'est un dément précoce fils de maniaque : l'hérédité similaire de la manie n'a rien d'absolu.

La stérilisation eût-elle pu être envisagée ? Le couple est taré, comme le montre l'arbre généalogique ci-contre, et la tare pourrait être reportée même à la génération précédente. Il faut remarquer néanmoins que le premier accès de la mère remonte à 1923, alors que les enfants destinés à la psychopathie sont nés entre 1905 et 1911. La coïncidence en 1932 des

(1) A. Dublineau. — Réflexions à propos de quelques psychoses alcooliques, *L'Evolution psychiatrique*, IV, 1934, n° 2, p. 55.



En *noir* : aliénés et psychopathes. — En *grisé* : sujets socialement inutiles. — En *blanc* : sujets socialement utiles.

1. Ethylique chronique. Mort à 76 ans. — *5*. Mort à cinq ans, de convulsions. — *6*. Mort à 3 ans, cause inconnue. — *7*. 53 ans, vivant, bien portant, marié, sans enfants. — *8*. Voir le texte de la communication. — *10*. Morte à 2 ans, de méningite. — *11*. Vivant, bien portant, marié, sans enfants. — *15*. Emigré en Amérique, n'a jamais donné de ses nouvelles. — *16*, Mariée. Suicidée à 48 ans. — *21*, *25*, *26*, *27*. Voir le texte de la communication.

accès psychopathiques chez la mère et deux des enfants montre, chez ces derniers, l'éclosion anticipée des troubles, l'hérédité précessive, selon l'expression de Logre et Heuyer (1). Le fait, si répandu et si important, de l'hérédité précessive est une objection capitale, à nos yeux, contre la pratique de la stérilisation dans les maladies mentales, dans la psychose maniaco-dépressive en particulier. Il constitue un argument à ajouter à tous ceux qui ont été évoqués devant vous.

Notre tableau généalogique montre que si la stérilisation eût été réalisable et réalisée à la première génération par castration eugénique de l'alcoolique n° 1 (de la famille A), elle eût épargné à la société la venue au monde de quatre psychopathes et empêché l'existence de six êtres socialement utiles, de cinq « inutiles » (deux adultes stériles, trois enfants morts en bas-âge).

Réalisée dans la famille B., où rien ne l'indiquait, elle eût empêché la venue au monde de quatre ou cinq psychopathes, d'un émigrant et de douze sujets utiles.

Les indications de la stérilisation pourraient paraître aux partisans de cette méthode plus nettes que encore dans ce tableau que dans celui que nous avons montré en 1931 ; la proportion des cas tarés y est en réalité moindre (36 % au lieu de 55 %). Remarquons que nous avons fait la part belle aux stérilisateurs en considérant comme socialement inutiles les deux hommes mariés sans enfants, les enfants morts en bas-âge et en considérant comme des psychopathes le sujet émigré en Amérique, la suicidée de 48 ans, dont les trois descendants sont pourtant sains, et la fille (n° 25), qui est actuellement bien portante après un accès unique de psychose puerpérale.

La transmission de la tare héréditaire est rendue illusoire ici par l'internement des deux enfants n°s 26 et 27. La thérapeutique asilaire par le travail obtiendra d'eux un rendement supérieur à celui auquel ils arriveraient au-dehors, si on les remettait en liberté après stérilisation.

---

(1) J.-B. Logre et G. Heuyer. — L'hérédité précessive. *Bulletin médical*, 27 février 1929.

Une mère et ses trois fils (maniaques-dépressifs ou schizophrènes ?) simultanément internés

par MM. Frantz Adam et Otmar Hansch (de Rouffach)

Notre communication n'apporte qu'une bien modeste contribution aux intéressantes recherches de MM. Boven et Brousseau ; mais il est tout de même — et fort heureusement — plutôt exceptionnel, de voir une mère et trois de ses fils simultanément internés dans un asile, et, par ailleurs, les rapporteurs ayant respectivement traité, l'un de l'hérédité de la schizophrénie, l'autre de l'hérédité des psychoses circulaires, il est intéressant de noter que nos quatre malades ont été considérés, les uns comme des schizophrènes, les autres comme des maniaques-dépressifs ; pour la mère et un des fils, ces deux diagnostics furent même successivement portés, c'est pourquoi nous avons cru devoir présenter devant vous ces quatre observations.



Il s'agit d'une famille juive ayant émigré, au début du siècle, de la Pologne alors russe, pour venir s'installer dans la région où le Congrès tient actuellement ses assises. A la fin de la Grande Guerre, la famille, riche seulement de ses neuf enfants, persuadée que le régime bolcheviste serait favorable aux israélites (le père était en relation avec Lénine), retourna en Russie, s'installant malheureusement dans une région qui devait bientôt être occupée, pour un temps, par les troupes blanches de Denikine. Les juifs y furent alors persécutés et le père, enlevé par surprise, aurait été assassiné ; quoiqu'il en soit, nul n'entendit plus parler de lui. Ce traumatisme moral ne saurait être considéré comme étant la cause des troubles mentaux que présentèrent les autres membres de la famille, puisqu'aussi bien, ainsi que nous allons le voir,

la mère avait déjà été traitée pour psychose avant la guerre. C'est du côté de la mère, du reste, que se rencontre l'ascendance pathologique ; une de ses sœurs serait « nerveuse », disent les uns, arriérée disent les autres, et leur père aurait lui aussi été « anormal ».

Mme X..., aujourd'hui âgée de 58 ans, fut internée, au Bürghölzli, en 1913, puis en 1915-1916, le diagnostic porté fut celui de catatonie et, en ce qui concerne l'hérédité, il est seulement signalé que le père buvait. Mme X... fut, depuis lors, internée huit fois à Rouffach, soit en 1922, 1925, 1926, 1928, 1929, 1930, 1932 et 1934 ; ces nombreux placements lui valurent d'être examinée alternativement par les quatre médecins-chefs de l'asile, qui, tous (et notamment le docteur Jabouille, son médecin habituel, à plusieurs reprises), portèrent le diagnostic de manie ou de psychose maniaque-dépressive. Le docteur Prince, qui la reçut lors de la première admission, note un degré accusé de débilité mentale. La malade, internée maintenant depuis plus de deux ans sans interruption, vit en état d'agitation presque continuelle, mais se montre très affective avec ses enfants quand on rassemble la famille. A différentes périodes, et notamment lors de la septième admission, la malade était déprimée, et le diagnostic de psychose maniaque-dépressive (sur fond de débilité mentale peut-être), nous paraît s'imposer.

Isaac, le cinquième des enfants, est celui dont il nous fut donné de faire en premier lieu connaissance, en 1928. C'était alors un garçon de 19 ans, électricien, qui nous fut amené avec le diagnostic de « schizophrénie et excitation » ; intelligent, instruit, sportif, chaste par principe religieux, il sait l'allemand, le français, le russe et chante en ukrainien des airs mélancoliques. Il reconnaît être malade, parle avec émotion de son père enlevé, nous l'avons dit, par les Blancs antisémites, et pleure en songeant aux souffrances qu'il dut endurer. Turbulent et irritable, au début, toujours boulimique (sa courbe de poids est intéressante), il se remet en six mois de cet accès, et, tout à fait bien en janvier 1929, est remis en liberté. Nous devions le revoir à plusieurs reprises au cours des années suivantes, à l'occasion des visites qu'il fit à sa mère avec laquelle il se montra, comme avec nous, toujours très affectif.

En août 1935, Isaac nous est ramené excessivement malpropre, turbulent ; il sortait de prison, ayant encouru, pour avoir

volé une bicyclette, huit semaines de détention sans sursis ; condamnation évidemment injustifiée étant donné l'état mental du délinquant. Le certificat de placement qualifie, cette fois encore, Isaac de schizophrène, « agité, criant, s'étant promené nu dans les rues de Mulhouse ». Le malade adopte un langage grossier, insolent, qui ne lui est pas habituel ; il déclare que, s'il a volé, c'est parce qu'il n'avait rien à faire, et pour pouvoir « se balader » ; jadis très délicat, il se flatte maintenant de « coucher » avec une femme bien plus âgée que lui. Nous apprenons par ses frères que, à une certaine époque, il s'est montré déprimé, rompant toutes relations avec ses amis. Très turbulent au début de ce second internement, le jeune homme se remet très vite, prend du poids, et, actuellement, travaille sur les chantiers de l'asile. Alité pendant quelque temps à côté de ses deux frères, il se montra attentionné pour l'un d'eux qui avait besoin de soins constants ; actuellement, il témoigne beaucoup d'affection à sa mère, profitant de ce qu'il peut circuler dans l'asile pour aller lui dire bonjour au jardin du pavillon où elle réside. Pour Isaac aussi, le diagnostic de manie, et même de psychose maniaque-dépressive, nous paraît être celui qui doit être retenu.

De Jacob, nous avions fait la connaissance au cours du premier internement d'Isaac. C'est l'aîné des enfants vivants de la famille. A l'occasion d'une visite faite à son frère, il se montre si prétentieux, si insolent, que nous le mettons à la porte de notre bureau. Quelques heures plus tard, nous apprenons qu'il est encore à l'asile et est allé demander à déjeuner chez une employée qui l'a éconduit en lui donnant un morceau de pain. Nous le trouvons en difficultés avec le concierge de l'établissement, et, comme nous allions procéder à son expulsion, nous reconnaissons que, dès le matin, nous aurions dû porter, en ce qui le concerne, lui aussi, le diagnostic de manie. Il nous fait part de ses projets, va prendre son brevet de chauffeur (ce que nous le dissuadons naturellement de faire), et ira à Paris, etc... Or, quelques jours plus tard, nous recevions de ses nouvelles venant de Sainte-Anne ; il devait, par la suite, passer par Ville-Evrard, Quatre-Mares, Fains. Remis en liberté en 1933, ayant fait entre temps un séjour à la Clinique de Strasbourg, il est amené à Rouffach en 1934, très agité, et le docteur Frey porte le diagnostic d'excitation maniaque. Le malade se révèle exigeant, insolent, parlant avec prétention du « fils Bleuler, qui, à Zurich, a usé ses

culottes sur les bancs du même collège », et de « Kretschmer », rencontré « chez de Monakow » ; nous sommes invités à réclamer à ce professeur « une auto-observation *intéressante* » que le malade lui aurait confiée. Jacob porte un jugement définitif sur les psychiatres qu'il a connus et dit à l'un de nous : « X. est beaucoup mieux que vous, mais Y. est moins bien, il se f... pas mal de son service... » Depuis deux ans qu'il est interné, Jacob se montre en général insupportable, dépouillant, par exemple, ses camarades de leur tabac et de leurs friandises : « Avouez, nous disait-il récemment, que si mon accès de manie n'est pas terminé, je suis du moins guéri de ma manie de voler... » Il se montre très affectif avec les siens, et notamment avec Nissim (le troisième frère dont nous parlerons dans un instant), et demanda à être placé avec lui au milieu des malades malpropres pour pouvoir s'occuper de lui, ce qu'il fait avec beaucoup d'attentions. Instruit (il « étudia » à Zurich et à Moscou), parlant lui aussi plusieurs langues, il n'a cependant jamais occupé de situation stable. Jacob semble n'avoir jamais été déprimé, jusqu'à présent du moins, et nous le considérons comme atteint de manie périodique.

Nissim, le troisième des enfants, était caporal des Chasseurs quand il nous fut amené en 1934. Il était accompagné d'une observation très complète, rédigée par les soins des confrères militaires de Mulhouse, et qui nous apprend que le jeune militaire fut déjà interné à Nice, en 1931 ; un certificat de Saint-Pons le signale comme atteint de « dégénérescence mentale avec accès d'excitation et confusion hallucinatoire »; sorti de cet asile, il dut bientôt y être ramené pour quelques mois. Il s'agit d'un jeune homme ayant lui aussi déjà beaucoup voyagé (il a occupé une situation en Islande), préoccupé de questions religieuses et sexuelles, qui vient de faire, à la caserne, une tentative de suicide. Nous portons, en ce qui le concerne, le diagnostic de mélancolie anxieuse, et ce malade, que nous devons d'ailleurs nourrir assez souvent à la sonde, ne se révélera, lui, jamais agité, loquace ou euphorique. Cependant, il va bientôt beaucoup mieux, devient propre, s'alimente bien, et, après une rechute de courte durée, en août 1934, il peut, en janvier 1935, être remis en liberté.

Mais, au mois de novembre de la même année, Nissim est ramené à l'asile, par les gendarmes, dans un état misérable ; lui aussi vient de la prison, inculpé de tentative de vol et de

vagabondage, et le docteur Prince est chargé de l'examiner. Le malade se révèle tellement inerte, négativiste, apathique, que l'expert porte le diagnostic de stupeur catatonique et conclut à l'internement. Placé dans notre service, Nissim nous donne, à nous aussi, l'impression de devoir évoluer vers la démence précoce, mais nous inscrivons cependant dans l'observation que l'avenir dira s'il ne s'agit pas d'un sujet maniaque-dépressif, comme ses frères, et, pour le moment, en état de stupeur mélancolique. Or, ces derniers temps, l'état du malade s'est nettement amélioré et on peut le voir, sur une des photographies que nous faisons circuler dans la salle, se promenant avec sa mère et ses frères. Le jour (18 juillet dernier) où ce cliché fut pris, Nissim se montra, certes, beaucoup moins affectueux que ses frères à l'égard de la mère, cependant particulièrement tendre pour cet enfant qu'elle savait plus malade que les autres, et il demeure maniéré, stéréotypé, demandant chaque matin, *recto tono,* et sous l'inspiration de Jacob, à aller dans un pavillon « où l'on peut sortir au jardin toute la journée » ; cependant, le passé du malade, ses réactions lors de son premier séjour à l'asile, nous incitent à penser que lui aussi pourrait être atteint de psychose périodique, en l'espèce de mélancolie.

Telle est l'histoire, pathologique, de la famille X., dont tous les membres, actuellement internés, nous paraissent devoir être considérés (sauf, peut-être, Nissim), comme atteints de psychose (maniaque-dépressive) périodique. En ce qui concerne les influences héréditaires pesant sur nos malades, elles sont à peu près complètement inconnues des intéressés eux-mêmes et nous n'avons pas idée de ce qu'étaient, au point de vue mental, ce grand-père buveur et anormal, ou cette tante que d'aucuns décrivent comme nerveuse, les autres comme arriérée, mais qu'un parent, venu récemment visiter les malades, nous disait être normale.

Nous nous permettrons de rappeler ici ce qu'un de nous écrivait en 1930, dans l'*Aliéniste,* sous le titre *Méthodologie et Psychiatrie :* « ...exception faite de cas très particuliers (familles régnantes, haute aristocratie), la recherche systématique des antécédents héréditaires d'un individu restera longtemps encore très difficile, sinon impossible. Les psychiatres de l'avenir pourraient peut-être se trouver plus favorisés que nous si une loi imposait la création de fiches médicales individuelles qui, centralisées en un Institut officiel d'hygiène

générale, seraient tenues à la disposition des personnes *qualifiées* pour les consulter... ». Depuis lors, Desruelles, au Congrès de Lyon, Raynier (qui, antérieurement, insistait déjà sur « l'intérêt primordial qu'il y aurait, en matière statistique, à n'étudier que des documents établis dans des conditions uniformes »), Schützenberger et quelques-uns de leurs amis, ont préconisé des méthodes statistiques que Bersot précisera encore, l'an prochain, au Congrès d'Hygiène mentale de Paris. Espérons que ces efforts persévérants inciteront les Pouvoirs publics, qui depuis quelques semaines, font preuve en France d'une hardiesse que d'aucuns trouvent excessive, à imposer des mesures qui permettront d'étudier la valeur du facteur hérédité mieux qu'on ne peut le faire actuellement. Sans aller jusqu'à parler, comme le fait Boven, avec son humour habituel, de psychiatres « se donnant l'air » de faire de la statistique, et de « jobards » qui ent font « pour amuser le convoi », nous nous permettrons d'admettre que les aliénistes qui nous ont précédé n'ont pu nous transmettre que des statistiques certainement entachées d'erreur, et peu utilisables ; ne serait-ce que du fait que, toujours selon Boven, « la tare dite schizophrénique n'est pas clairement définie ».

Cependant, pour ce qui est de statistiques plus récentes, et de certaine « construction systématique, rigoureuse », ou que du moins leurs auteurs croient telle, nous admettrons volontiers avec Brousseau qu'il est peut-être *prématuré* de leur faire entière confiance, et qu'il serait imprudent de s'appuyer aveuglément sur elles et d'en déduire que certaines mutilations pénibles doivent être, en vertu de ces données, imposées à nos malades. Soyons modestes, travaillons, perfectionnons nos méthodes de recherches, mais rendons-nous compte que ce sont les psychiatres de l'avenir qui pourront tirer parti de nos statistiques.

Le langage intérieur dans l'hallucination psychique

par M. le Prof. Pierre Janet (de Paris)

Il peut être utile de se placer à un point de vue particulier dans l'étude du délire de persécution et en particulier de l'hallucination des persécutés, il est bon de considérer la construction de la personnalité du sujet et de la personnalité d'autrui. Une observation que j'ai recueillie à l'hôpital Henri-Rousselle, dans le service de M. Simon, grâce à l'extrême obligeance de M. Schiff, peut nous servir de point de départ.

Une jeune fille de 32 ans, que j'ai déjà désignée sous le nom de Nadine, intelligente mais asthénique et d'un développement tardif, était employée dans une maison de commerce. Elle est tombée amoureuse de son chef de rayon, dont « l'expression intelligente et bonne » l'avait frappée, mais elle n'a jamais avoué à ce personnage son sentiment et n'a jamais entendu de lui aucun mot sentimental. D'autre part, elle s'est querellée violemment avec ses compagnes, qui avaient deviné « son grand amour » et qui se moquaient d'elle.

Nadine est devenue malade et a développé à la fois un délire d'amour pour son chef et un délire de haine contre ses compagnes, qu'elle appelle « les vilaines filles ». Elle présente des hallucinations de nature différente, à propos de l'un et à propos des autres. Les vilaines filles l'injurient et l'interpellent dans la rue par son prénom, elle entend ces voix au dehors, elle se retourne et s'étonne quand d'autres soutiennent n'avoir rien entendu, ce sont de vraies *hallucinations verbales dites sensorielles.* En même temps et bien plus souvent, Nadine est en conversation intime avec son chef de rayon, qui lui exprime ses sentiments, son regret de ne pouvoir encore se déclarer officiellement à cause de ces vilains cancanages. Cette fois, la parole est purement intérieure, c'est une communication des pensées : il s'agit cependant encore d'une hallucination, car s'il n'y a pas d'extériorité physique, il y a exté-

riorité sociale, le sujet attribue à un individu extérieur, tout à fait distinct de lui, ces déclarations d'amour, c'est ce qu'on nomme depuis Baillarger des *hallucinations psychiques.*

Voyons d'abord les différences de ces deux hallucinations, le trouble qui constitue l'hallucination s'applique à deux phénomènes psychologiques différents, qui conservent même dans l'hallucination leurs caractères distinctifs. L'un est le langage extérieur que nous produisons par des mouvements réels de la bouche et que nous entendons au dehors, l'autre est le langage intérieur, la pensée qui n'est pas accompagnée de mouvements conscients et que nous situons vaguement au dedans de notre tête. Remarquons que ces deux langages ont été déjà employés dans la réalité pour les différents personnages du délire. Nadine a réellement entendu les vilaines filles l'injurier et leur a répondu des paroles violentes et extérieures, tandis qu'elle n'a jamais eu de conversation amoureuse avec le chef de rayon que dans la rêverie intérieure.

Il y a cependant quelque chose de commun dans les deux hallucinations ; ce ne peut être l'extériorisation physique, ni le caractère sensoriel qui n'appartient qu'à une seule, c'est l'extériorisation sociale, l'attribution à une personne extérieure d'une action psychologique, qui devrait être attribuée au sujet lui-même. Ce trouble dépend d'une opération psychologique importante et mal connue, l'*objectivation sociale,* la *répartition sociale* des phénomènes psychologiques.

Les actes sociaux sont des phénomènes plus complexes que les actes perceptifs, car dans tout acte social il y a une combinaison de mon acte à moi et de l'acte de l'autre personne, du socius, comme disait Baldwin, que je suis obligé de me représenter en même temps. Cette combinaison est bien manifeste dans tous les phénomènes de la jalousie, de la sympathie et en particulier du commandement. Cette complexité de l'acte social exige une répartition, une construction de la personnalité des autres en même temps que de la nôtre, répartition plus ou moins facile quand il s'agit des actes actuellement consommés, mais difficile quand il s'agit de la représentation de ces actes. Les sentiments jouent un grand rôle dans cette répartition et l'émotion qui dissocie les phénomènes psychologiques trouble cette opération.

Le même trouble de la répartition sociale s'appliquant à divers phénomènes psychologiques et modifiant à divers degrés la distinction du mien et du tien, donne naissance aux divers

symptômes que l'on observe chez les délirants persécutés. Le sentiment d'hallucination complète attribue toute l'action, ici toute la parole au socius sans rien réserver au sujet. Le sentiment d'imposition attribue au socius une grande part de l'action, toute l'initiative et ne réserve au sujet que l'exécution mécanique de l'action ; les divers échos de la pensée suppriment la répartition et attribuent l'action à la fois au socius et au sujet. L'observation que nous venons de résumer (1) nous montre les divers aspects que prend le sentiment d'imposition quand il s'applique à deux opérations différentes, le langage oral extérieur et le langage intérieur de la pensée.

---

(1) Voir P. Janet. — *Annales Médico-Psychologiques*, XVe série, 94e année, T. II, n° 3, octobre 1936.

La psychologie dynamique de Janet à nos consultations

par M. L. Schwartz de Perrot (de Bâle)

Comment comprendre les malades nerveux, qui viennent à nos consultations ? Quelle est la pathogénèse de leurs troubles multiples et compliqués ?

Depuis ces derniers 25 ans, nous avons eu l'occasion d'étudier différentes théories plus ou moins utilisables. Il en résulte clairement, que les maladies dites nerveuses sont d'origine psychique. Chez nous, en Suisse, c'est le professeur Dubois qui a le grand mérite d'avoir insisté sur ce fait. La psychologie des maladies nerveuses a subi depuis une grande impulsion par les travaux de Janet, surtout depuis la publication des « Médications psychologiques ». Il y a 15 ans de cela, et depuis ce temps nous avons pu vérifier l'utilité des hypothèses et profiter largement des exposés concernant le traitement de nos malades. Vu le temps limité, je ne puis faire ici un résumé de l'œuvre de l'éminent psychologue. Je me bornerai à parler de deux états pathologiques fréquents dans notre clientèle : les asthénies et les agitations.

La psychologie de Janet s'occupe donc tout spécialement des forces mentales. Il est évident que de telles forces existent et il est étonnant que l'on ne s'en occupe pas davantage. Certes, ces forces ne sont pas mesurables ; c'est tout au plus si l'on peut acquérir une impression générale d'un individu d'après sa physionomie, sa conduite. Pour nos malades, nous pouvons en outre questionner ses proches, faire exécuter des tests, étudier sa graphologie. Nous arriverons de cette manière à une appréciation approximative de ses forces générales ou partielles.

Mais occupons-nous à présent des asthéniques. C'est un type d'individus anormaux assez bien connu, qui rentre dans le cadre des « neurasthéniques ». Janet en a donné une définition fort précise et très simple : l'asthénique est un faible.

Chez ces asthéniques, la plupart des actions est possible, mais seulement dans des conditions spéciales, quand le malade fait un grand effort. Les actions se font lentement, faiblement, leur durée est petite et il en résulte une instabilité générale. Ces malades sont paresseux, ils n'ont aucune initiative et ressemblent en cela aux Orientaux. Ils ont peur de l'action et sont d'humeur morose ; le mot « à quoi bon » joue chez eux un grand rôle. J'ai trouvé dans la littérature contemporaine la description d'un personnage, qui correspond fort bien à ce type : c'est Léon de Coantré, l'un des célibataires du fameux roman de M. de Montherlant.

L'état d'asthénie correspond donc à une quantité restreinte de forces. Ces individus ont encore assez d'énergie pour se soutenir eux-mêmes, pour vivre sans le secours d'autrui, quelquefois pour faire un petit métier, mais en réalité ils n'arrivent jamais à cette moyenne de forces psychologiques, à cet équilibre de l'activité, qui caractérise l'humanité ordinaire. Ce sont des individus peu fortunés, qui n'ont que peu de réserves et un petit budget seulement. On peut aussi les comparer à une automobile bien bâtie, mais disposant de peu d'essence, une de ces petites voitures, qui marchent assez bien en plaine, mais auxquelles on ne peut pas demander de gravir des pentes un peu fortes.

Lorsque l'asthénique sort de sa paresse et dépense plus que ses forces ne lui permettent, alors surviennent des troubles nerveux graves : des dépressions, des phobies, des obsessions accompagnées de troubles viscéraux.

Que résulte-t-il de ces constatations pour le traitement des asthéniques ? D'abord que les méthodes tonifiantes tel que la rééducation ou les traitements par l'excitation n'aboutissent à rien. C'est ici que sont indiqués les traitements par l'économie psychologique : le repos, l'isolement ou encore la liquidation de souvenirs traumatiques. Il faudra expliquer aux malades qu'il existe des actions peu coûteuses et faciles, qu'ils pourront essayer d'exécuter, mais qu'il y en a d'autres, qui exigent la dépense de beaucoup de forces, comme les actions compliquées et élevées dans la hiérarchie. L'acte de manger, en société, par exemple, n'est pas seulement un acte complexe, il est un acte récent, moins habituel et moins automatique, que l'action élémentaire, qui consiste à manger seul, simplement pour se nourrir.

Un des phénomènes les plus courants, que nous constatons

chez nos malades, ce sont les agitations. Comment interpréter ces troubles ? Janet nous propose la théorie suivante : déséquilibre entre la tension psychologique et les forces ; excès de ces dernières. En plus des forces mentales, il existe une tension psychologique. Prenons un exemple. Maurois décrit dans un petit livre philosophique certaines réunions de famille, qui « sécrètent un ennui intérieur et spécifique » ; « corps et esprits sont détendus et chacun s'abandonne à ses mouvements naturels. Il y a alors un réel abaissement de la vie spirituelle. Mais voilà que le niveau remonte de lui-même, si un invité intelligent paraît à la table de famille. Pourquoi un groupe d'êtres, qui à l'ordinaire sont silencieux ou disent des pauvretés, deviennent-ils alors brillants ? Parce qu'ils font pour l'étranger un effort, qu'ils ne feraient pas en famille ».

C'est là qu'il faut chercher la tension psychologique. Nous sommes nous-mêmes plus ou moins tendus selon les circonstances ; nous le sommes davantage en société, au travail, peut-être en écoutant une communication..., nous sommes détendus quand nous nous laissons aller, quand nous nous reposons.

Le degré de la tension psychologique dépend du degré de l'activation des tendances. Voici ces différents degrés : le premier est représenté par l'état de latence ; la tendance non activée contient une certaine quantité de forces en réserve. Puis il y a la phase d'érection de la tendance, la phase du désir, la phase de l'effort et enfin l'acte complet.

Un esprit a une forte tension, quand il exécute facilement et fréquemment des actes de tendance élevée dans la hiérarchie, il a une faible tension, quand il sera forcé de se contenter des actes, dans lesquels des tendances inférieures ne sont activées qu'à un degré moyen, sans avoir besoin de parvenir à l'acte complet. Voilà sommairement ce que signifie la notion de la tension psychologique. Je regrette de ne pas pouvoir être plus explicite.

Chez les personnes normales, il existe un équilibre entre les forces et la tension psychologique. Si la quantité des forces disponibles est grande, il faut une grande tension pour la contenir. Un individu, qui n'est pas capable de tension, est un individu qui n'a pas d'action supérieure, qui ne sait pas écouter, réfléchir, qui n'est pas capable d'un travail scientifique ; ses actes n'absorbent pas beaucoup de forces. Ainsi, il est obligé de gaspiller ses forces, qu'il ne sait pas ou mettre.

Supposez un individu, qui recueille beaucoup d'argent, mais

qui n'ait absolument aucune notion de ce que nous appelons la banque, les placements d'argent. Que voulez-vous qu'il fasse de cet argent ? Il ne sait rien en faire ; il est obligé de le gaspiller.

Ces forces gaspillées se dépensent en une multitude d'actes élémentaires inférieurs, sans durée et sans but ; ce sont là précisément les agitations, dont nous avons à nous occuper si souvent à nos consultations. L'inverse, c'est le calme, qui correspond à une quantité suffisante de phénomènes supérieurs, c'est-à-dire de tension psychologique.

D'après ces théories, il existe logiquement deux manières de faire cesser ces agitations : premièrement par la diminution des forces et deuxièmement par l'augmentation de la tension psychologique.

En effet, nous constatons que les agités s'améliorent par une dépense de forces physiques excessive, par de grandes courses à pied par exemple, par des maladies infectieuses, des opérations chirurgicales, etc. Il est à supposer que les bromures agissent de la même manière en produisant une intoxication, qui réduit les forces.

Quant à la seconde méthode du traitement des agités, l'augmentation de la tension psychologique, elle se fait par l' « excitation ». Janet désigne sous ce nom les tentatives de guérison par l'appel à l'effort, à l'activité dans le milieu, les rééducations, etc. Le troisième volume des « Médications psychologiques » y est consacré.

Mais il faut que je m'arrête là, à ces deux exemples. Nous rencontrons dans l'œuvre de Janet une multitude d'hypothèses psychologiques fort intéressantes, qui nous permettent de mieux comprendre les troubles nerveux de nos malades. Il est regrettable que ces théories soient peu connues en Suisse. C'est dans un sentiment de gratitude envers leur auteur que j'ai voulu en parler aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux récents de Janet

Les Médications psychologiques, Alcan, 1919.

La Tension psychologique et ses oscillations. Dans Traité de Psychologie de Dumas, Alcan, 1923.

La Médecine psychologique, Flammarion, 1924.

La Force et la Faiblesse psychologiques, Maloine, 1932.

Discussion

M. le Prof. P. Janet (de Paris). — Permettez-moi de remercier mon excellent ami, M. Schwartz, de son intéressante et sympathique exposition de mes vieux travaux.

J'ajouterai un mot. La conception des forces psychologiques explique, d'un côté, tous les troubles de l'action qui sont l'essentiel des maladies de la conscience. D'autre part, l'origine des troubles que présentent ces forces psychologiques se trouve dans tous les organes, dans le cerveau comme dans les artères, l'estomac ou le foie. Exprimer les troubles de nos malades par ces expressions de forces psychologiques permettra peut-être de réconcilier les observateurs qui ne parlent que de la conscience et ceux qui parlent uniquement de lésions organiques. Le langage intermédiaire permettra de concilier les deux expressions en apparence si opposées.

Remarques sur la conduite humaine et les psychothérapies

par M. A. Lestchinski (de Territet).

Spécialiste des affections nerveuses F.M.H.
Médecin des écoles du Cercle de Montreux (Suisse)

Dès la grande guerre la décadence des régimes se développe dans tous les pays. Elle suit un rythme plus ou moins ralenti et elle est en rapport étroit avec le degré de culture de chacune des nations. Les quelques réflexions formulées ici sur l'attitude humaine sont faites à l'adresse des hommes mûris par l'âge et par certaines expériences de la vie ; elle est actuellement si décevante et néanmoins si pleine d'intérêt en face d'un nouveau monde en gestation. Ces réflexions ne peuvent être comprises par ceux qui attachent leur bonheur, leur sécurité et leur avenir au collectif, au syndicalisme, à l'étatisme. Elles visent ceux qui se sentent de plus en plus isolés dans cette tourmente historique et la plupart d'entre eux n'espèrent point assister à la remontée du progrès social qui irrévocablement choisira son heure. En marge des associations humaines, volumineuses et grégaires, ces types d'isolés sont cependant dignes d'intérêt psychologique, soit par leur nombre grandissant, soit par leur attitude de l'esprit. Le plus souvent ils sont des réfractaires à tout interventionisme politique ou religieux. Les raisons de leur abstention sont doubles. Pour arriver à réaliser une efficience, fût-elle minime, dans l'amélioration de la chose sociale, il faut descendre dans l'arène. Là il faut se colleter avec un adversaire fort, roublard et routinier et on risque bien de recevoir un mauvais coup sans aucun profit.

Mais la cause de l'abstention la plus importante est une raison de principe. Elle se concentre sur la compréhension sans cesse plus sceptique, plus restrictive « de la chose sociale ». Ces isolés (dans le monde ils se comptent par millions) cultivent, au courant des années, le sentiment de la contra-

diction irréductible entre le groupe et l'individu. A considérer attentivement ce qui se passe dans chaque nation, qu'il s'agisse des gouvernants ou des associations intellectuelles ou manuelles, ils acquièrent une défiance raisonnée à l'égard des partis, sectes et corporations. Ne pouvant s'illusionner sur le sens du mal, ils distinguent confusément, pour eux comme pour autrui, la qualité des remèdes. Les isolés n'ont donc aucun désir de propangandisme et de prosélytisme. Ne pouvant pourtant se mettre au-dessus ou à l'abri de la mêlée sociale, ils se concentrent, ils se recroquevillent. En effet, faire du prosélytisme, c'est essayer de soumettre des volontés, mais c'est sortir de leur conception innée qui se méfie d'une interdépendance psychologique trop étroite. Pour eux, chacun ici-bas doit suivre son sentier à soi et non celui du voisin. Ils sont opposés à l'esprit sectaire qui domine le monde en décadence. Somme toute, ils sont le plus souvent l'incarnation de l'esprit libéral et de la tolérance. Mais cette attitude des isolés ne peut se confiner dans des gestes purement négatifs ou métaphysiques. Un idéal individuel trop concentré peut devenir une source de tendances destructives dans la société moderne. S'il existe quelque unité dans la vie sociale, l'idéal social ne peut s'édifier sur un nombre très restreint de surhommes, mais il doit être représenté par quelque espèce de société.

Le penseur affirmant que « l'idéal moral doit être conçu comme une société parfaite au lieu d'un individu parfait » paraît bien se rapprocher de la vérité. C'est pour assurer le développement d'une société parfaite qu'existe la vie sociale ; mais pour la réaliser la société d'individus doit compter des sujets toujours plus adaptés et plus nombreux. C'est pourquoi les isolés concédent que l'idéal personnel ne peut être pleinement bon que s'il conduit à l'idéal humain.

L'harmonie de la conduite, je la comprends comme le bonheur édifié sur le développement progressivement ascendant de la personnalité humaine. C'est ainsi que paraissent le comprendre les isolés : ce sentiment tend vers une fin plus vaste, vers une fin qui nous dépasse...

Au cours de mes années de psychothérapeute, j'ai rencontré un bon nombre de ces isolés, plus souvent encore j'ai lu leurs histoires chez les romanciers, dans les observations des psychiatres.

Je me suis demandé alors quelles pouvaient être les as-

sises psychologiques d'une conduite humaine harmonieuse. Après bien des tâtonnements, je crois être arrivé à les superposer selon des plans et selon une formule synthétique que voici : adaptation, amour et détachement. Dans un rapide exposé, il serait illusoire de développer exactement ce qu'il faudrait entendre par chacun de ces mots et de ce fait saisir comment la signification de chacune de ces assises pourrait éclairer et parfois influencer certaines notions de médecine psychologique.

Quelques explications permettront néanmoins d'apercevoir l'essentiel. Sur le palier fondamental je place l'adaptation. Cette faculté est biologique, autrement dit l'homme la partage avec tout ce qui est vivant. En effet, l'homme n'est pas un être abstrait, tirant de son propre fond et de son esprit divisé en cloisons étanches des entités mythologiques ; il est placé, comme tout ce qui vit, dans des milieux divers auxquels il doit s'adapter, ce qui signifie qu'il fait avec eux des échanges. Les moyens d'adaptation ou d'échanges sont des fonctions ; alors toute fonction, pour moi, apparaît comme provoquée par la nécessité de l'adaptation et de l'échange, elle est une activité. C'est en cette activité spéciale que consiste l'adaptation qui est fondamentale et essentielle de toute harmonie ; ses racines plongent dans le biologique indifférencié. C'est tout autre chose que nous trouvons au deuxième palier : sur lui repose l'amour ; il se rattache intimement au biologique, mais son sommet touche à ce qui est purement humain. On sait bien que les instincts fixés à la reproduction sont les plus importants pour la vie sociale. C'est la Volonté et le Génie de l'espèce de Schopenhauer, c'est la Libido de Freud, c'est la conception biologique de la Fécondité. Tous proclament l'omnipotence de cet instinct. L'instinct sexuel s'affine, se sublime, il devient l'amour matrimonial, maternel, paternel. Or ces sentiments complexes sont la source principale de l'altruisme. Puis, suivant la loi de l'évolution et par étapes, il aboutit à cet Amour qui n'a plus rien de commun (en apparence peut-être) avec l'animalisme générateur.

Sous ces bigarrures diverses ce sentiment demeure, pour le psychologue imprégné de doctrines platoniciennes, comme le fond de tout et se retrouvant partout dans la nature. Mais, en plus, pour lui l'amour humain sans intelligence, c'est un sentiment inachevé ou regressé. L'intelligence sans l'amour (combien ici-bas on rencontre de sujets qualifiés de très

intelligents et qui ne sont que très capables) suffit à la science, mais ne peut être d'aucun usage pour la vie intérieure. Ainsi située la gamme de ces sentiments très complexes, connus sous le nom de moraux et d'esthétiques, se retrouve entre cette Libido de Freud et cette conception si élevée de l'Amour entrevue par l'école platonicienne, puis reprise et socialisée par un certain nombre de psychothérapeutes moralistes et un grand nombre de psychanalystes.

Pour moi c'est déclarer, du même coup, que l'harmonie intérieure chez l'homme ne peut s'édifier sans ce faisceau de sentiments dont le faîte touche au divin.

J'ai baptisé la dernière assise du nom de détachement. Sur cette dernière se fixent les yeux de tous ceux qui croient à un idéalisme et tentent de le pratiquer. C'est dire qu'un grand nombre intuitivement sentent en eux la mystérieuse propulsion vers ce sommet olympien. Très nombreux sont les appelés, mais très peu sont les élus à contempler le tableau actuel des conduites sociales. Sur ce sommet on pressent que la pensée de l'idéal moral et social, au lieu d'être dans le monde un épiphénomène accidentel, est la révélation et la conscience expansive de ses lois fondamentales. A l'encontre de ce que l'on professe de nos jours, elle aboutit à la vraie idée de liberté si chère à nos isolés. Ce moteur le plus intime se retrouve chez tous à des degrés les plus variés. Pour eux les êtres sont comme la nature, ils sont une ascension éternelle vers un idéal que l'on peut percevoir toujours plus clairement, mais qui les dominera sans cesse. Pour s'affranchir des luttes mesquines ou fratricides, pour organiser une conduite humaine pleinement harmonieuse, il n'y a qu'un chemin, je pense, en me basant sur ces doctrines, c'est celui qui nous mène vers le détachement. C'est déclarer, en outre et sous une forme un peu simpliste, la nécessté absolue, pour se rapprocher de ce dernier palier, de pratiquer la culture de la personnalité humaine.

Parmi le type d'isolés dont je m'occupe se rencontre un nombre important de déprimés et d'asthéniques. Il serait vain d'aligner, sous forme d'une classification, leurs faiblesses psychologiques si variées. Les freudiens garderont pour eux le plus grand lot, sous prétexte de leur Libido inassouvie et mal compensée. Les Adlériens n'auront aucune peine à reconnaître, parmi ces dysharmonies, des fléchissements occasionnés par la volonté de puissance hypertrophiée, voilée par un sentiment d'infériorité tout apparent. Les neurologistes

attachés à l'extraversion, à l'introversion, à l'âme collective, reconnaîtront bien des types qui leur sont chers. Les fidèles à l'enseignement de Kretschmer, à l'imagination pathologique de Dupré, revendiqueront, pour leur part, ces déficients. Les aliénistes vont étiqueter de « petits mentaux » un certain nombre de ces derniers. Les adeptes des psychonévroses du genre Prof. P. Dubois et Déjérine, ou ceux de Bernheim et Ch. Baudouin, pourront se partager la part du lion.

Laissons à ces écoles savantes le plus grand nombre de ces nerveux ; grâce à ces doctes soins, les refoulements, les complexes, les imaginations déchaînées et les paralogismes seront sublimés ou aplanis.

Pour ma part et comme psychothérapeute, je retiens quelques-uns de ces sujets qu'intentionnellement je désigne sous le terme un peu vague d'isolé-déprimé. Au début de l'exposé, j'ai essayé, en quelques traits, de fixer ce type lorsque son équilibre nerveux était à l'état satisfaisant. Je voudrais cependant insister sur un point particulièrement important : c'est sur sa situation dans le social. L'isolé je me le représente comme un homme (les femmes ne sont point exclues !) ne possédant aucune qualité pour jouer le rôle d'un chef. A propos de cette incapacité, il est parfaitement clairvoyant et il n'a du reste nul désir d'occuper cet avant-poste. Par contre, il ressent une résistance absolue à l'égard du rôle du mouton dont se montrent si friands les troupeaux humains qui peuplent les continents. Ne voulant ni asservir, ni être asservi, le sentiment d'isolement, au cours des années, s'accroît et s'affine. Mais lorsque l'équilibre nerveux chez ce sujet est passagèrement rompu à la suite de causes diverses, le tableau change. Alors, cet isolé-déprimé, pareil à tant d'autres névropathes, présente des insuffisances polymorphes de la conduite. En réalité, ce type souffre de troubles dysharmoniques ; ils n'ont qu'une apparence trompeuse avec ceux que se disputent, dans un langage souvent confus, les écoles citées plus haut. Des remarques rapides vont servir de jalons à cette discrimination. On sait que la principale tâche de la pensée consiste à prévoir les événements, les actes, à se représenter les moyens et les fins et à exercer sur les uns et sur les autres le plus d'influence possible. Grâce à cette clairvoyance, à cette anticipation, notre armature psychique apparaît, en premier lieu, comme un appareil de défense et de contre-offensive. Mais la vie (laissons la béatitude aux optimistes à la Leibnitz), dès les

millénaires, et à nos jours encore plus, se passe dans les périls. Quoi d'étonnant que l'isolé-déprimé sente intensément les surprises cosmiques, la menace des maladies et l'hostilité perfide que l'on côtoye dans le milieu familial, national ou international. En face de toutes les calamités qui s'abattent sans trêve sur les humains, peut-on parler, comme le font si souvent les psychothérapeutes, des « nerveux cloués à la croix de leurs fictions » ? Avec un peu d'impartialité, on peut reconnaître que le plus souvent leur dépression est entièrement motivée. La désagrégation périodique du tissu local, la décadence cyclique des régimes enveloppent l'isolé sain ou déprimé d'un sentiment d'insécurité poignant. Quels sont ses consolateurs et où les trouve-t-il ? Dès l'enfance, et toujours plus au cours de l'existence, combien d'hommes réfléchis sentent leur isolement grandir : ils ne rencontrent sur leur route ni encouragement, ni consolation, mais traîtrise du sort et l'insécurité. Comme il est facile de les accuser de misanthropie ! Dans notre civilisation, nous avons vu la spéculation bancaire (considérée sinon comme morale, mais tout au moins comme normale) étrangler le travail humain sur toutes les latitudes. Or, ce travail était un devoir sacré pour tous et ceci dès la Renaissance.

L'isolé réfléchi ne peut être ce naïf du troupeau qu'impressionnent sans répit les verbiages officiels, les prohibitions dites légales, toujours plus nombreuses, et les autres palinodies gouvernementales. Aussi, quel effort il déploie à s'adapter à tout prix à cette dysharmonie ! Le plus souvent il se replie dans le silence, car, pour lui, les protestations sont vaines et les plaintes ne montant pas au ciel. Pourtant, il a soif d'ordre harmonieux, d'entente tolérante sociale et de réconfort. C'est entre ce sentiment subconscient du besoin d'équité et d'honnêteté sociales et cette dysharmonie pharisienne et sociale que je situe maints complexes cardinaux de l'isolé et déprimé.

***

Ces quelques considérations aident à comprendre pourquoi j'ai conçu une méthode de psychothérapie pour ce type d'isolé-déprimé un peu différemment. Ce type se rencontre beaucoup plus fréquemment ces dernières décades par suite de la diffusion de l'instruction publique et de la dissonance entre l'enseignement moral et les applications sociales. Les

psychanalystes de chapelles rivales me paraissent trop aisément (au moyen d'interprétations purement artificielles des complexes d'Œdipe, de la Libido inassouvie, de Volonté de puissance refoulée et autres) ne pas tenir compte de cette dysharmonie sociale et des tendances psychiques de l'isolé. La même observation se rapporte aux écoles de moralisation religieuse, laïque et psychothérapeutique. Dans ces cas particuliers, les erreurs de la conduite sont plutôt à rechercher chez ces organes directeurs que chez les sujets dont je m'occupe ici.

Cette psychothérapie, je l'ai rattachée aux assises d'une conduite dont j'ai tracé le contour.

Les isolés, devenus déprimés (asthéniques ou excités), que le *tædium vitæ,* non sans quelque raison, a pu accabler, se plaignent du sentiment du vide, de la fatigue et surtout de l'ambiance qu'ils taxent, à tort, et souvent à raison, d'hostile. Parmi ceux-ci, je tente de réadapter l'individu à son milieu en suivant les règles du Prof. P. Janet qui le premier s'occupe des actions sociales coûteuses et de la fonction du réel. Lorsque le progrès léger s'affirme, j'essaye de passer à la seconde assise. C'est dire combien souvent il est utile de recourir à une méthode freudienne accélérée et souvent à la dialectique morale dérivant des travaux du Prof. P. Dubois, de Berne ; avec un tel guide, on ne risque pas de rencontrer des obstacles trop sérieux. Enfin, et si la culture générale du sujet s'y prête, j'oriente celui-ci vers quelque voie qui mène vers ce que j'appelle la libération et le détachement.

A cet effet, en faisant usage d'un procédé plus personnel auquel j'ai donné le nom « de Sécurité et de Réconfort », je tente de sublimer ou plutôt d'élever les sentiments esthétiques et philosophiques de la personne en les rationalisant.

Il est utile de rappeler à maints esprits déprimés, mais réfléchis et en voie d'affranchissement, que les systèmes et les dogmes, offerts si généreusement aujourd'hui en lieu et place de l'harmonie sociale dans la paix et le travail, meurent. Tous les arrangements se dérangent, tous les édifices tombent en poussière. Ce qui est éternel, c'est la poussière des doctrines prête à rentrer dans un moule nouveau. Les pensées humaines vivent, non par leur contour, mais par leur fond ; pour les comprendre, il faut les saisir dans leur mouvement à travers la succession des doctrines les plus variées. Sous le terme de sublimation, il est nécessaire aujourd'hui d'amener

l'homme isolé et réfléchi à comprendre qu'il est le jouet de grandes forces tirant en sens contraire la pensée humaine. La science, au nom de l'évolution naturelle, accepte sans émotion de sacrifier l'individu. L'amour, surtout, arrivé au stade du détachement, au nom d'une évolution supérieure, voudrait conserver et élever toujours plus haut la personnalité humaine.

Pour le détachement, il serait inexact de se le représenter comme l'aboutissant d'une pensée immobilisée. Tout au contraire, il importe de mettre en relief l'intime solidarité des deux formes de l'énergie : penser et agir. C'est par elle qu'on réalise l'harmonie de la conduite. C'est en cette condition que l'on peut entrevoir les linéaments d'une psychologie sociologique de l'action qui, en définitive, est une libération de la pensée harmonieuse.

Je me garde de l'illusion sur un équilibre stable : l'homme, comme la société, ne l'atteindra jamais, sinon ce serait la mort, car l'essence de la vie est le changement. Or, le besoin d'équilibre et d'harmonie est une nécessité symbolique de tout homme qui s'isole du troupeau. Sur ce symbole il a les yeux fixés, sans oublier cependant la pensée de Renan : « Les rêves de tous les sages renferment une part de vérité. Tout n'est ici-bas que symbole et que songe. »

Les crises de cataplexie en pathologie mentale

Par MM.

Georges PETIT et André BAUDARD

Médecin-chef *Interne*

de la Maison spéciale de Santé de Ville-Evrard

Dans le célèbre mémoire, paru en 1880, sur les narcolepsies, Gélineau décrivait, sous la dénomination de « chute » ou « astasie », un phénomène caractérisé par une suppression brusque du tonus d'attitude, survenant habituellement chez des sujets présentant d'autres troubles du sommeil. Ces faits de cataplexie (désignation employée d'abord par Preyer et retenue ensuite par les différents auteurs qui ont étudié cette variété de chute), ont été l'objet d'assez nombreux travaux au cours de ces dernières années, notamment de la part de K. Wilson, Max Lévin, Lhermitte, Tournay, Dupont, Van Bogaert, etc...

Des étiologies ou des mécanismes assez variés ont été envisagés : troubles des glandes endocrines ou du métabolisme basal, altérations sanguines, névraxites. Lévin, dans un cas, a noté l'existence de psychopathies dans la famille du malade; dans un autre cas, il signale la présence d'hallucinations visuelles. Mais, à part quelques rares observations d'accès narcoleptiques rapportés au cours de l'évolution de psychoses ou de psychopathies, l'attention des auteurs ne semble pas avoir été attirée par l'apparition de crises cataplectiques au cours des maladies mentales.

Or, il nous a été permis de relever, ces derniers temps, des cas de cataplexie si nombreux parmi les malades de notre service, que nous croyons devoir attirer l'attention sur la fréquence de la cataplexie chez les aliénés.

Sur un total de 500 malades environ, 54 ont présenté de telles crises. La proportion des cas est sensiblement la même chez les hommes et chez les femmes. Nous avons noté des

crises de cataplexie dans la plupart des formes de la nosographie psychiatrique : 12 cas, dans des psychoses hébéphréno-catatoniques ; 8 cas, dans des formes psycho-organiques d'encéphalite épidémique classique ; 6 cas, dans des psychoses hallucinatoires ; 2 cas, dans des confusions mentales d'origine indéterminée ; 1 cas, dans la cérébro-sclérose lacunaire ; 7 cas, dans des psychoses intermittentes ou de type maniaque-dépressif ; 2 cas, dans la paralysie générale ; 1 cas, dans l'épilepsie ; 15 cas, enfin, dans des psychoses polymorphes à prédominance d'anxiété : telle l'observation (1) publiée déjà par l'un de nous avec P. Humbert.

La crise de cataplexie apparaît, d'ordinaire, subitement, sans prodrômes. Brusquement, le malade s'effondre sur le sol, s'affaisse de toute sa longueur ; quelquefois, cependant, il tombe d'abord sur les genoux avant de perdre totalement l'équilibre statique. La motilité volontaire semble complètement abolie. Quelques mouvements paradoxaux ou spasmodiques peuvent toutefois apparaître, souvent au niveau de la face. La conscience est habituellement entière, parfois légèrement voilée ; dans un grand nombre de cas, un sentiment d'anxiété très accusée envahit le sujet, qui essaie vainement de se mouvoir, d'appeler. La durée des crises est brève, de une à cinq minutes. Le malade éprouve, le plus souvent, un sentiment de bien-être et de délivrance à recouvrer la parole et la motilité, sans aucun trouble consécutif. Cependant, dans quelques cas où l'anxiété a marqué souvent la phase prémonitoire de l'accès, la crise est suivie d'une période anxieuse plus ou moins prolongée. Quelquefois, enfin, d'autres troubles du tonus lui font suite : crises de rigidité, phénomènes spasmodiques, rythmés, plus ou moins complexes.

La crise de cataplexie n'est pas toujours généralisée et nous avons pu observer plusieurs crises d'inhibition localisée du tonus, analogues à celles que Lhermitte et d'autres auteurs homologuent à une *cataplexie partielle*. C'est, le plus souvent, au niveau des deux membres inférieurs, parfois d'un seul, que s'observent ces phénomènes : les membres inférieurs se dérobent brusquement et le malade tombe sur les genoux. La

---

(1) G. Petit et P. Humbert. — Psychopathie infectieuse polymorphe. Cataplexie, narcolepsie, danse du ventre, catatonie, épilepsie, etc. Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. *Annales Médico-psychologiques*, juin 1931.

crise est habituellement très brève, d'une durée de quelques secondes à peine ; parfois même, elle s'achève avant que le malade ait atteint le sol, et il se produit seulement un brusque fléchissement des membres inférieurs. Au niveau des membres supérieurs, on observe des phénomènes analogues, mais non exactement superposables, car, d'habitude, la crise est de plus longue durée et d'aspect plus parétique qu'hypotonique.

La chute brusque et momentanée de la mâchoire inférieure, présentée par quelques-uns de nos malades, peut être également assimilée à une crise de cataplexie partielle.

Chez le malade de l'observation publiée avec Humbert (*loc. cit.*), actuellement en liberté depuis plusieurs années, se produisent encore, alternant avec des crises de subanxiété, de brusques accès d'aphonie, d'une durée brève (une à deux minutes), qui nous semblent de même nature que les crises de cataplexie généralisée qu'il avait manifestées à la maison de santé.

Les attaques cataplectiques sont le plus souvent diurnes chez nos malades ; cependant, plusieurs ont présenté, pendant la nuit, de la cataplexie dite du réveil, survenant dans la phase intermédiaire à la veille et au sommeil, avec l'impossibilité de se mouvoir, d'appeler, désir vain de se réveiller, anxiété avec sensation d'angoisse (gorge serrée, étouffement).

La fréquence de la cataplexie chez chaque malade est très variable ; certains n'ont présenté qu'un petit nombre de crises à des intervalles assez éloignés ; chez d'autres, au contraire, se sont succédés des accès nombreux, quotidiens et même pluri-quotidiens, souvent pendant plusieurs semaines consécutives.

Le diagnostic de cataplexie semble indiscutable chez nos malades : tous les éléments des crises décrits par les auteurs au cours d'autres syndromes ou maladies, nous les retrouvons chez nos psychopathes avec les mêmes modalités.

Nous devons signaler, toutefois, la distinction nécessaire, mais souvent difficile à préciser, avec les *paralysies partielles* périodiques que nous observons chez les mêmes malades. K. Wilson, Wenderowic ont déjà noté la parenté de la cataplexie avec la paralysie périodique ; mais ce syndrome, d'une durée beaucoup plus longue, s'accompagne de phénomènes indiquant un processus plus sévère (inexcitabilité mécanique et électrique des muscles). Chez nos malades, ces paralysies

partielles sont conscientes, souvent incomplètes, leur début est moins brusque, leur durée plus prolongée. Mais il est, cependant, des cas intermédiaires qui laissent douter que les deux phénomènes soient de nature essentiellement différente.

D'autre part, il est évidemment impossible de préciser, dans les cas d'épilepsie classique avec attaques conscientes de cataplexie, s'il s'agit ici de cataplexie légitime ou de ces crises dites « *statiques* », décrites par Ramsay Hunt. Mais Lhermitte et Tournay reconnaissent eux-mêmes combien est souvent difficile la différenciation entre la cataplexie véritable et les phénomènes d'inhibition motrice d'ordre comitial.

Chez nos malades présentant des crises de cataplexie, nous observons généralement des troubles du sommeil : insomnie, somnolence diurne, brusques accès narcoleptiques; très souvent, des perturbations variées du tonus musculaire, soit chroniques (syndromes parkinsoniens), soit aiguës, alternent avec les crises de cataplexie ou s'associent à celles-ci, quelquefois même immédiatement avant ou après la crise (crises de rigidité musculaire, accompagnées ou non de mouvements spasmodiques ou rythmés).

Tous nos malades présentent, d'ailleurs, des troubles organiques nombreux et variés, marquant particulièrement des perturbations du fonctionnement des centres végétatifs de la base du cerveau. L'un de nous a déjà signalé (1), d'ailleurs, la fréquence de la cataplexie associée à l'anxiété dans les syndromes infundibulo-tubériens, si souvent observés chez nos psychopathes.

Nous avons dit que les crises de cataplexie surviennent généralement sans prodrômes ; nous ajouterons n'avoir jamais remarqué, non plus, chez nos malades, qu'une crise ait été déclanchée par une émotion triste ou gaie, ainsi qu'il est habituel de l'observer dans la cataplexie isolée quasi-physiologique.

Toutefois, dans la majorité de nos cas, le fonds d'anxiété est manifeste, parfois très accusé. Chez nos maniaques, la crise apparaît d'habitude au cours d'une de ces bouffées d'anxiété subite, avec crise de larmes, qui ne sont pas rares dans les états d'excitation. Il semble que, dans ces cas, la

(1) G. Petit. — Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie. *Congrès de Lyon,* 16-21 juillet 1934.

cataplexie puisse être considérée comme un symptôme de la crise anxieuse, au même titre que les troubles circulatoires ou respiratoires, par exemple ; on pourrait l'assimiler à un réflexe de fuite, à l'une de ces réactions d'inhibition défensive qu'on observe physiologiquement au cours des grandes émotions (Gualino).

Mais, dans quelques-unes de nos observations, rares d'ailleurs, ni les causes immédiates, ni le fonds mental habituel n'apparaissent chargés d'un élément affectif, insolite et prédominant, et il faut bien ne reconnaître alors, dans cet accès, qu'un trouble somatique à peu près pur, une brusque « *dissolution du tonus* », sans composante affective, et non un de ces réflexes affectivo-tonique, sur lesquels insiste Van Bogaert.

Ces crises d'atonie subite, sans élément affectif, ne doivent d'ailleurs pas nous surprendre. Nous avons, en effet, montré, dans des travaux antérieurs, que l'on observe tous les intermédiaires entre les hypertonies pures et les hypertonies psycho-motrices. Tous les degrés s'observent de même dans les troubles du tonus par défaut.

Si l'on admet, avec Max Lévin, Van Bogaert, que la crise cataplectique est un réflexe (thalamo-strié) apparaissant lors de la suspension du contrôle cortical, on peut en concevoir le mécanisme sans qu'une émotion soit nécessairement à son origine : un spasme vasculaire subit peut en expliquer la genèse. Les variations aiguës des troubles du tonus (par excès ou par défaut), observées chez de tels malades, peuvent apparaître alors comme les manifestations variées de troubles vasculaires, eux-mêmes essentiellement variables (vaso-constriction, vaso-dilatation).

D'autre part, si l'on considère la cataplexie comme une variété des troubles narcoleptiques, par dissociation du sommeil normal (Lhermitte, Max Lévin), c'est dans les centres végétatifs de la base du cerveau, au niveau du 3ᵉ ventricule, que l'on doit situer le trouble élémentaire de ce phénomène, et l'existence chez les mêmes malades, de troubles organiques, tels que ceux que l'on peut rencontrer habituellement dans les lésions de ces centres (syndromes infundibulaires notamment), paraît confirmer cette hypothèse.

Parmi les observations de cataplexie rapportées par les auteurs, de nombreux cas concernent des encéphalites ou névraxites indiscutables. L'association, chez nos malades, de la cataplexie avec des perturbations multiples des fonctions

réglées par les centres végétatifs du diencéphale moyen, si électivement atteints dans les névraxites, apparaît un argument important pour rapporter l'étiologie de ces troubles à des infections virulentes neurotropes du type des encéphalomyélites disséminées et névraxites polymorphes, qui déterminent, — ainsi que le soutient l'un de nous depuis de nombreuses années, — la plupart des syndromes psycho-organiques de la psychiatrie.

———

Syndromes striés hyperkinétiques et troubles mentaux

par MM. Henri Ey et Jean Picard (de Bonneval)

Depuis que Camus a insisté sur les centres régulateurs psychiques du mésencéphale, depuis les conceptions originales de Martin Reichardt, et surtout avec le matériel clinique considérable fourni par l'étude de l'encéphalite léthargique, les syndromes neuro-psychiques des noyaux de la base ont été et restent spécialement étudiés. C'est une contribution à l'étude de ces troubles que nous voulons rapidement esquisser ici (1). Nous n'avons en vue que les syndromes hyperkinétiques généralement attribués à des lésions du néo-striatum.

Nous rapporterons très brièvement cinq observations : deux cas de troubles neurologiques presque purs avec quelques légers désordres psychiques (un cas de *chorée* et un cas de *maladie des tics*) ; un cas de *chorée* avec association de troubles mentaux épisodiques, enfin, deux cas de *schizophrénie* avec mouvements *choréiformes*.

I. — Cas avec troubles neurologiques prédominant et retentissement psychique léger

A. — *Cas de chorée chronique : malade E.B., âgé de 56 ans.* — Entré à l'Asile de Bonneval en 1928, pour quelques troubles confusionnels et idées de persécution avec signes physiques. Il était âgé de 48 ans. On ne notait pas alors de syndrome choréique bien caractérisé. Depuis lors s'est constitué un tableau de grande chorée.

---

(1) Nous rappelons les principaux travaux récents sur cette question: les études de Kleist, les travaux considérables de Monakow, Mourgue et Steck, la thèse de Migault, l'article de Meggendorfer, et naturellement toute la bibliographie ayant trait aux troubles mentaux de l'encéphalite épidémique que Claude, Guiraud et Petit ont particulièrement étudiés chez nous.

La *mimique* est rapide avec rictus, grimaces, sourires forcés et caricaturaux par retroussement sardonique de la lèvre supérieure. Tous les muscles de la face sont intéressés.

Au *membre supérieur,* des mouvements incessants de grande amplitude impriment à l'avant-bras et au bras de brusques attitudes de polichinelle avec rotation de la main, flexion et extension des doigts.

Au niveau du *tronc :* mouvements incessants d'élévation des épaules, rythme désordonné des mouvements respiratoires avec contractions choréiques du diaphragme des abdominaux et des intercostaux.

Aux *membres inférieurs :* instabilité marquée des jambes et des pieds. Tous ces mouvements sont atténués par le décubitus et disparaissent pendant le sommeil,

Réflexes et tonus. — L'*hypotonie* est manifeste. L'excursion passive des segments des membres est considérable. Les *réflexes tendineux* sont vifs aux membres supérieurs et inférieurs. La percussion des tendons déclanche des contractions musculaires très persistantes avec *légères oscillations.* On note l'extension spontanée des orteils rendant difficile la recherche du réflexe cutané plantaire qui nous a paru, à plusieurs reprises, se faire en flexion.

Etat psychique. — Le *langage* est difficile à comprendre en raison des troubles dyslaliques et dysphoniques que le malade présente : parole explosive avec articulations désordonnées et mimique intempestive. Les phrases sont brèves, hachées, avec dérivations incessantes par assonance et interpositions de formules verbales mono ou polysyllabiques qui gênent le débit. L'humeur est exaltée : expansivité, bonhommie, euphorie ; par intervalles il existe des troubles du caractère, mauvaise humeur, ton coléreux, irascibilité, turbulence. L'*activité mnésique* est bien conservée : le malade est bien orienté. Il suit exactement l'ordre chronologique de ses souvenirs. Il évoque assez facilement ses acquisitions passées, les événements ou les notions empiriques. Il n'existe pas de troubles de la mémoire de fixation. Les troubles de l'*attention* sont plus considérables : il dirige et maintient mal sa pensée, l'effort synthétique est soumis à des variations constantes.

Il faut enfin noter chez ce sujet une *acromégalie* très nette.

Hérédité. — Nous n'avons pas pu faire de recherches généalogiques chez ce sujet natif de la Bretagne. Son *fils* interné présentait un état de *démence précoce* avec *délire de persécution* et *hallucinations multiples,* affaiblissement intellectuel et *hypertonie de type parkinsonnien.*

B. — *Cas de maladie des tics* (*type Gilles la Tourette*) *: malade C.M., âgé de 50 ans.* — Ce malade est pensionné parce que ses trou-

bles ont débuté pendant la guerre et paraissent avoir été déclanchés par des bombardements alors qu'il était prisonnier civil. Cette pension réalise une très mauvaise condition d'examen, car le sujet reste muet sur ses *antécédents* et ne se prête à l'examen qu'avec une certaine *méfiance.*

Les troubles ont débuté par l'apparition d'un bégaiement et de *tics* de la face. Progressivement ces troubles moteurs ont pris une intensité telle qu'il a dû abandonner sa profession de chimiste. Il a déposé une demande de pension en 1925. Soumise à l'examen d'experts éminents, sa pension a été portée à 100 0/0 en raison de son incapacité de se suffire par son travail. Voici comment on peut résumer son état actuel :

1° *Tics et mouvements anormaux.* — Ce sujet présente des manifestations hyperkinétiques *diffuses et incessantes.*

En ce qui concerne la localisation et la nature de ces mouvements, ils siègent surtout au niveau de la face, du cou, des membres supérieurs et du tronc. Ce sont de brusques secousses rythmiques qui altèrent son visage et notamment les muscles péribuccaux: la bouche se convulse, les traits sont animés de tressaillements d'une fréquence d'environ 70 à la minute. Pendant ce temps, la tête est déviée du côté où siègent les mouvements de la face par les contractions rythmiques et synchrones aux précédentes de la musculature du cou et notamment du sterno-cleïdo-mastoïdien. Souvent on observe également quelques mouvements choréiformes (haussement des épaules, salutations du tronc et de la tête, gesticulation brève et désordonnée). En dehors de cette instabilité, il existe des mouvements plus voisins de l'athétose, mouvements plus lents, vermiculaires : torsion des mains et des pieds, enroulement des bras et du tronc. Il existe enfin des myoclonies du niveau de la face et des mains. Ces mouvements anormaux paraissent prédominants d'un côté, mais le côté le plus atteint n'est pas toujours le même : ils sont à prédominance unilatérale mais l'unilatéralité est variable. Il faut joindre à ces mouvements les *troubles de la marche* qui sont de même ordre. La locomotion déclanche une recrudescence des hyperkinésies, la gesticulation est considérable, la démarche est grotesque, dansante, sautillante. Il existe fréquemment des latéro et des rétro pulsions qui compromettent l'équilibre. Le moindre point d'appui améliore cette dysbasie.

Cet ensemble de mouvements anormaux procède par crises et est soumis à diverses influences. Les crises de tics, salutations, gesticulations, para et hyperkinésies diverses se produisent à l'occasion d'une émotion, de mouvements volontaires, d'une question, du moindre prétexte perceptif, idéique ou moteur. Entre les crises, sauf quelques mouvements de type plus archaïque (myoclonies, athétose, mouvements choréiformes), les tics disparaissent. Sous

l'influence de la volonté, le sujet peut réprimer des hyperkinésies durant un concert ou pour la traversée d'une voie de chemin de fer (au grand effroi des témoins), mais ensuite les décharges motrices fusent de toute part. Le moindre point d'appui les atténue, le décubitus les fait presque disparaître, le sommeil les inhibe complètement.

2° *Impulsions verbales coprolaliques et palilaliques.* — Pendant les crises hyperkinétiques, les tics s'accompagnent de troubles phonatoires (tics d'aboiement, d' « hemmage »). Mais la manifestation la plus importante est l'articulation brusque, répétée et incongrue du mot « merde ». Pendant la locomotion, pendant la conversation ou même seul, dans un acte volontaire quelconque, il ne peut s'empêcher de proférer ce mot ordurier. Il s'agit d'une exclamation, d'un juron répété quelquefois 10 ou 12 fois, avec une tonalité et une intensité croissantes. Parfois il répète à plusieurs reprises : « Vous dites ? Vous dites ? Hein ? Hein ? » Une fois l'accès passé, la conversation reprend normalement.

3° *Tonus et réflexes.* — Le signe le plus remarquable est une *hypotonie* très marquée. A part cela il n'existe ni troubles des réflexes, ni tremblement, ni signes intéressant les paires craniennes.

4° *Etat psychique.* — L'intelligence de cet homme cultivé est intacte. Il s'intéresse à son métier, lit, se tient au courant des recherches scientifiques. Il souffre moralement beaucoup de son état. Au point de vue de ses *fonctions intellectuelles,* il faut noter les troubles du cours de la pensée : retour aux mêmes thèmes, viscosité mentale, paraphrases continuelles allant de pair avec une tendance palilalique et palisyntaxique. Un point important à signaler, c'est la fréquence de *phénomènes obsédants* (peur de n'avoir pas fini, doute sur l'achèvement d'un acte en cours et incessamment répété). Mais ces troubles sont très élémentaires, furtifs, et ne s'accompagnent pas des troubles caractéristiques de la vraie névrose obsessionnelle. Nous ne pouvons pas insister ici sur l'analyse et l'intérêt de ces inachèvements moteurs dans leurs relations avec le « délire émotif » de Morel ou psycho-névrose obsessionnelle.

II. — Cas avec troubles mentaux épisodiques
Cas de chorée d'Huntington

Malade P., âgée de 69 ans. — Cette femme est entrée à l'Asile de Bonneval en 1927, parce qu'elle présentait un état confusionnel avec désorientation, troubles de la mémoire et fabulations mégalomaniaques. Elle se croyait aimée de Pelletier d'Oisy, aviateur en vedette à ce moment. Il existait également des idées mélancoliques

d'auto-accusation et elle pensait que les gendarmes allaient venir l'arrêter. Cette *bouffée délirante* n'a pas durée.

Elle présente un tableau typique de *chorée chronique*. Les mouvements sont incessants: gesticulation de polichinelle, révérences, grimaces, hochements de la tête, instabilité des mains. Le *langage* est actuellement très touché. L'articulation verbale est presque impossible. Elle n'est capable que d'explosions syllabiques avec prédominance des gutturales et itération palilalique des labiales.

Au point de vue du *tonus* et des *réflexes*, il y a lieu de signaler l'*hypotonie* considérable et quelques troubles assez curieux des réflexes ostéo-tendineux sur lesquels nous n'insistons pas ici. Les orteils sont en extension spontanée presque constamment.

L'évolution des *troubles psychiques* se fait dans le sens d'un affaiblissement intellectuel plus apparent que réel. Les troubles dyslaliques masquent l'activité sous-jacente qui apparaît à un examen plus minutieux. Elle a présenté au début des troubles mnésiques importants qui se sont amendés dans la suite. Actuellement il existe un déficit mnésique et des troubles du caractère, avec tendances coléreuses, et à l'agitation de temps en temps.

Hérédité. — Son *frère* est mort à l'Asile, atteint également de chorée d'Huntington. Sa *nièce* est morte à l'Asile atteinte de la même affection. La vérification anatomique encore inédite a permis de mettre en évidence de grosses lésions des corps striés.

III. — Cas d'évolution schizophrénique avec mouvements choréiformes

A. *Cas B. J., âgée de 36 ans.* — Il n'existe dans ce cas aucun antécédent héréditaire connu. Après s'être développée normalement physiquement et mentalement, elle eut une puberté sans incidents. Un an après, en 1915, apparition de *crises névropathiques*. On avait voulu la soigner « par l'électricité ». Quand elle voyait le médecin qui la soignait elle « tombait en crise ». Elle présentait des troubles de la menstruation.

Le 16 janvier 1921, après une petite discussion avec son père, elle s'est jetée à la rivière. Sauvée et ramenée chez elle, elle a voulu avaler du poison.

Internée à l'Asile, des crises comitiales très nettes ont été constatées en même temps qu'une prédominance des secousses cloniques du côté gauche avec signe de Babinski du même côté.

Depuis son entrée en 1921 on a constaté, pendant plusieurs années, des crises épileptiques qui ont disparu actuellement. Il persiste des reliquats d'*hémiplégie gauche :* hypotonie du pied

gauche, hyperextensibilité du pied, de la jambe et de la cuisse. Raïmiste positif. Cutané plantaire indifférent à gauche, en flexion à droite. Hyperréflexie tendineuse à gauche. Pas de reliquat de parésie faciale.

Il faut noter également une *anesthésie généralisée à la douleur*, tout à fait remarquable aux excitations douloureuses les plus vives.

Etat psychique actuel. — Cette malade est dans un état de dissociation schizophrénique typique : soliloques, rires immotivés, incohérence verbale, fabulations inconsistantes, impulsivité, tendance aux stéréotypies kinéto-verbales, maniérisme.

Mouvements choréiformes et motilité volontaire. — Dans cette déchéance psychique (qui réalise un état de démence épileptique ou plutôt de démence précoce à manifestations convulsives) on observe deux faits. D'abord une *activité de jeu* remarquable : elle palpe les objets, fait des révérences, des génuflexions, tourne brusquement sur elle-même, fait des plis avec sa chemise, caresse longuement ses chaussures. Ensuite, au cours de cette activité motrice décousue, des *mouvements choréiformes :* haussement d'épaules brusques avec mouvement de rotation des bras et de la tête, véritables *parakinésies* survenant comme parasites des mouvements en cours. Ces mouvements surviennent assez fréquemment, sans prédominance nette d'un côté, sans hypotonie, sans troubles dyslaliques ; ils affectent cependant la forme de mouvements choréiques brusques, désordonnés, intéressant les membres supérieurs, les épaules et parfois la mimique. La scopolamine n'a produit aucun effet sur ces parakinésies.

B. *Cas L., 66 ans.* — Elle est entrée en 1922 à l'Asile de Bonneval, âgée alors de 52 ans. Elle présentait un délire de persécution avec hallucinations multi-sensorielles, idées d'empoisonnement.

Depuis cette date l'évolution des troubles s'est faite dans le sens d'une *schizophrénie tardive* (correspondant si l'on veut à une démence vésanique, phase terminale d'un délire chronique). Incohérence verbale de plus en plus marquée. Attitudes stéréotypées. Négativisme. Impulsivité. Soliloques ou dialogues hallucinatoires perpétuels. Elle vit confinée dans un coin, ne cessant d'*injurier* et de *gesticuler.*

Elle reste généralement assise, les yeux fermés, la main gauche soutenant le coude droit, le corps légèrement tourné vers la droite et le visage grimaçant.

On observe chez elle deux ordres de phénomènes, des *itérations choréiformes* et des impulsions verbales hallucinatoires.

Les *mouvements* qu'elle fait sont des mouvements stéréotypés, se reproduisant en série : la tête se rejette vivement vers la droite, la

bouche et l'hémiface droite se convulsent, les yeux se ferment, les bras se lèvent sans cesser d'être croisés à demi. Ce sont des séries des gestes expressifs, une gesticulation de défense répétées longuement et d'une façon rythmique. Ces mouvements ressemblent tellement à la chorée que pendant plusieurs mois l'un de nous l'a confondue avec la malade P. dont nous avons rapporté plus haut l'observation.

Les *impulsions verbales* sont *coprolaliques, palilaliques* et *stéréotypées*. « Cul pourri... Cul pourri.., Va traîner tes c. dans le cul pourri... Cul pourri... », etc, Il existe d'ailleurs quelques troubles dyslaliques.

Ces mouvements et ces injures se répètent indéfiniment mais parfois la malade s'arrête spontanément. Pendant les actes volontaires ils disparaissent. Le décubitus n'améliore pas les troubles.

Sous ce comportement à expressions kinéto-verbales rythmiques et choréiformes la malade paraît enfouie dans son délire qui lui permet cependant une adaptation assez correcte à l'ambiance.

Tout examen neurologique même superficiel est impossible en raison de son négativisme.

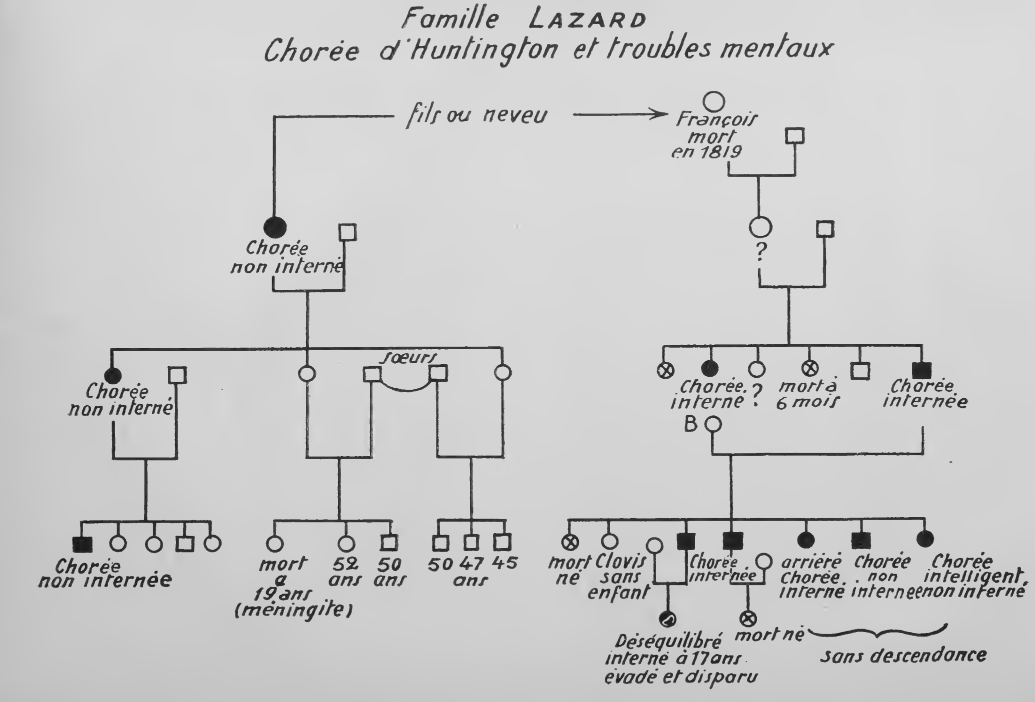


De cet exposé sommaire de faits, nous voudrions tirer deux observations : l'une sur l'hérédité dégénérative des troubles mentaux liés aux syndromes striés et notamment à la chorée de Huntington ; l'autre sur la nécessité, pour étudier les relations des syndromes moteurs et des troubles mentaux, d'admettre une hiérarchie des fonctions motrices et psycho-motrices que la maladie « dissout ».

1° *Hérédité*. — Des cinq observations que nous venons de rapporter, les facteurs héréditaires nous ont paru considérables dans deux cas (le cas B. et le cas P.). Il faut souligner que si dans la famille P. nous avons trouvé trois cas d'hérédité similaire, pour le cas B. le fils de notre chorée chronique est mort dément précoce.

Mais nous pouvons apporter encore une autre contribution à l'étude de l'hérédité des affections choréiques : c'est la généalogie (encore incomplète) de la famille Lazard (1).

(1) Nous déformons légèrement le nom.


Famille LAZARD
Chorée d'Huntington et troubles mentaux
fils ou neveu
François
mort
en 1819
?
Chorée
non interné
Chorée
non interné
sœurs
Chorée
non internée
mort
à
19 ans
(méningite)
52
ans
50
ans
50 47 45
ans
Chorée.
interné
?
mort à
6 mois
Chorée
internée
B
mort
né
Clovis
sans
enfant
Chorée
internée
arriéré
Chorée.
interné
Chorée
non
interné
Chorée
intelligent,
non interné
Déséquilibré
interné à 17 ans
évadé et disparu
mort né
sans descendance

Depuis Huntington, on connaît les principaux aspects de l'hérédité de la chorée : l'apparition vers l'âge de 30 ans, l'égale atteinte des deux sexes, ne saute jamais une génération pour réapparaître à la suivante, de telle sorte que si un membre est sain, il est entièrement sain : tous ces caractères se retrouvent dans notre généalogie. Toutes les statistiques concordent sur ce point (Ewald, Peretti).

En ce qui concerne le polymorphisme, à l'inverse de notre observation n° I, notre généalogie n'est pas probante comme celles de Peretti ou de Meggendorfer. On sait que Déjerine insistait sur ce point dans son excellente étude sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux.

Quant aux troubles mentaux, la branche Jules ne compte pas de malades internés ; la branche Charles-François comporte 5 internés, mais on n'en saurait faire état sans réserves, du fait de l'internement qui peut très bien ne pas se produire même s'il y a troubles mentaux et inversement qui peut se produire à titre d'assistance dans des chorées ayant un retentissement psychique faible.

Nous devons souligner que, à partir de la 5e génération, tous les descendants des membres de la famille atteinte ont disparu, sauf un (Léon), lequel a été interné à 15 ans pour déséquilibre avec perversions et dont nous n'avons pas pu retrouver la trace.

A propos de ce dernier rejeton, nous devons enfin remarquer que les faits mis en évidence par Meggendorfer se retrouvent ici, à savoir qu'une transformation héréditaire paraît se faire vers une instabilité psycho-motrice avec déséquilibre psychique.

Comme on le voit, il paraît y avoir, d'après les faits que nous venons de rapporter, un gros élément héréditaire dans les chorées s'accompagnant de troubles mentaux. Il semble que l'atteinte cortico-striée se transmette avec des variations et un certain « mouvement » dans la famille tarée. La tare ne doit pas être considérée comme un facteur statique, mais comme une maladie en évolution à travers plusieurs organismes.

2° *Relations entre les syndromes moteurs et les troubles mentaux.* — Nous avons essayé de mettre en évidence trois types de relations éventuelles entre les troubles psychiques et les syndromes striés hyperkinétiques (chorée et maladie des tics de Gilles de la Tourette, comparable en plusieurs points

aux dystonies lenticulaires et autres syndromes du néo-striatum).

a) Troubles moteurs avec léger trouble des fonctions psychiques élémentaires, n'entamant pas la personnalité, le système des croyances et d'adaptation au réel. Ces troubles mnésiques de l'attention, de l'humeur, associés à de gros troubles dyslaliques, en imposant souvent pour un degré de démence plus apparent que réel. A ce point de vue, ces troubles sont analogues à des troubles du langage comme l'aphasie ou à des troubles sensoriels comme l'hallucinose : tous troubles séparés des troubles psychiques proprement dits (schizophasie, activité hallucinatoire, etc.) par des différences marquées mais admettant toute une série de degrés.

b) Troubles moteurs avec association de troubles mentaux épisodiques, qui paraissent dépendre de conditions de dissolution des fonctions psychiques réalisées vraisemblablement par des lésions des centres régulateurs corticaux ou mésencéphaliques. Ces troubles s'observent notamment au cours de l'évolution héréditaire de la maladie.

c) Enfin, il paraît vraisemblable d'admettre que des dissolutions générales de l'activité psychique, sous forme de psychoses diverses (délires, activité hallucinatoire, confusion, états schizophréniques, etc.) puissent faire régresser l'activité motrice jusqu'à des formes fragmentaires rythmiques, stéréotypées, très voisines dans leur forme des hyperkinésies striées.

C'est entre les troubles moteurs proprement dits et ces parakinésies par dissolution des fonctions psychiques que se trouve, à nos yeux, la véritable différence qui sépare les troubles nerveux et les troubles psychiques ou, si l'on veut, la neurologie et la psychiatrie. Dans un cas, il s'agit de « dissolutions locales » comme disait Jackson n'entamant pas la personnalité du sujet. Dans l'autre, il s'agit de dissolutions uniformes (1). Dans les deux cas, il existe des processus organiques et le plus souvent cérébraux, qui conditionnent l'un et l'autre type de dissolutions.

C'est faute, peut-être, de ne pas envisager les faits dans cette perspective que l'opposition de la neurologie et de la psychiatrie porte si souvent à faux.

---

(1) Nous renvoyons à l'étude que l'un de nous a consacrée à la conception de Jackson, avec J. Rouart et qui est en cours de publication dans *l'Encéphale*.

Maladie de Huntington et schizophrénie

par M. E. Evrard,

Médecin-Chef de l'Asile d'Henri-Chapelle (Liége)

La chorée de Huntington s'accompagne presque toujours — les exceptions sont rares — de troubles mentaux. Ceux-ci se présentent sous forme de troubles intellectuels évoluant habituellement vers la démence et s'accompagnant le plus souvent de modifications du tempérament (tempérament choréopathique de Kehrer), parfois, de manifestations psychosiques.

Les anomalies intellectuelles portent essentiellement sur l'attention, sur la capacité d'évocation et de représentation sensorielles, sur la mémoire qualitative et la mémoire de fixation, sur la compréhension (Pierre Marie, Léri et Vurpas, Crouzon et Valence, Meggendorfer, Runge, etc...). L'activité associative s'appauvrit, le cours de la pensée se ralentit et le champ d'intérêt subit un rétrécissement progressif, au point que certains sujets en arrivent à un état d'indifférence et d'apathie prononcées. Dans les cas graves, les malades perdent tout contact avec le monde extérieur, contact qui se trouvait d'ailleurs fortement compromis par l'agitation choréique incessante et les troubles parfois très accusés de l'arthrie (Entres).

A côté de ces anomalies intellectuelles, on note habituellement des altérations considérables du tempérament, dont les plus fréquentes sont l'irritabilité morbide et la morosité de l'humeur, qui rendent les malades difficilement supportables en milieu familial et qui aboutissent parfois à des états d'excitation colérique violente. On constate quelquefois des tendances hypocondriaques nettes, des épisodes anxieux passagers et aussi une propension au suicide, ainsi que l'avait déjà noté Huntington et que l'ont observé récemment Scheele, Oppler et d'autres.

A mesure que l'affection progresse, l'affectivité s'émousse ; certains patients ne réagissent plus que si l'on met obstacle

à la réalisation de leurs plaisirs égoïstes, notamment à leur goinfrerie (Runge). Le sens éthique, lui aussi, diminue, et certains sujets se livrent à des manifestations érotiques caractérisées.

On peut enfin voir survenir des troubles psychosiques. Ils sont ordinairement épisodiques, les psychoses progressives étant rares (Chotzen). Il s'agit le plus souvent d'états paranoïdes, avec idées délirantes mal systématisées de préjudice, de persécution, de jalousie. Les délires expansifs mégalomaniaques sont rares (Runge). Ils ont toutefois été observés par divers auteurs (Kræpelin, Facklam, Renuart, A. Leroy, etc...). Quant aux hallucinations, elles sont peu fréquentes et elles intéressent plus particulièrement la sphère auditive.

Dans la descendance des malades atteints de chorée de Huntington, on trouve, à côté de sujets sains, des individus particulièrement nerveux, irritables, à tendances érotiques marquées, prompts à se croire l'objet de malversations (Meggendorfer). Ces troubles du caractère et du tempérament constituent ce que Kehrer dénomme la choréopathie constitutionnelle. On les observe fréquemment dès le début de la maladie, pendant la période morbide préchoréique (Kehrer) ainsi que chez des sujets qui resteront dans la suite indemnes de chorée.

Maints auteurs — Entres, Meggendorfer, Chotzen, Kehrer, Oppler, Fossati, etc... — ont insisté sur l'allure schizophrénique que revêt souvent la symptomatologie psychosique. Ce sont habituellement des états paranoïdes, dont le diagnostic reste d'ailleurs, dans certains cas, bien difficile à affirmer avec certitude (par exemple chez les malades de Meggendorfer, où interviennent des facteurs multiples). Dans le cas signalé par Chotzen, le patient, atteint à la fois de chorée de Huntington et de schizophrénie, était porteur d'une double charge héréditaire. Kehrer invite à la prudence, observant judicieusement qu'on est souvent obligé, au cours de l'évolution ultérieure, de réformer le diagnostic de schizophrénie précédemment porté. Entres dit également que beaucoup de psychoses, dans la chorée de Huntington, ont une apparence trompeuse de démence précoce.

Le problème des corrélations possibles entre la maladie de Huntington et la schizophrénie reste donc en suspens. Il nous a paru intéressant de présenter brièvement une famille atteinte de maladie de Huntington, famille partiellement étudiée par Renuart (1904) et récemment par A. Leroy (1934) et d'insister

sur la présence parmi ses membres d'un sujet méritant, apparemment du moins, le diagnostic de schizophrénie (au sens restreint de Claude).

***

Cette famille comporte, sur quatre générations, 10 malades choréiques dont deux sont jumeaux, 3 cas de syndrome hypokinétique-hypertonique, 2 déments, 1 psychopathe, 2 sujets atteints de troubles mentaux indéterminés, 1 oligophrène, 2 enfants morts de convulsions, 10 sujets sains et le cas de schizophrénie que nous allons exposer.

Traçons d'abord brièvement le portrait clinique du père de ce dernier patient.

1er cas. — H., Arthur, a été interné pour la première fois à l'Asile d'Henri-Chapelle, le 29 octobre 1933, en raison de son comportement morbide, rendant impossible le maintien en milieu familial. Les principaux symptômes notés à cette époque (Dr Nyssen) furent les suivants : irritabilité, colères violentes, jalousie immotivée à l'égard de sa femme et de sa fille, un certain affaiblissement intellectuel, insomnie, agitation choréique généralisée ayant débuté à 47 ans.

Depuis lors, la chorée et les troubles mentaux s'accentuent peu à peu.

L'examen somatique révèle les signes essentiels suivants : secousses choréiques généralisées, intéressant la musculature du cou, de la face, des membres, du tronc et même des crémastériens, donnant au sujet une démarche de marionnette agitée, un faciès grimaçant et un débit haché, décousu ; agitation choréique cessant pendant le sommeil, diminuant quand le sujet est en confiance, s'accentuant au contraire très fort, jusqu'à déterminer de véritables volte-faces, à l'occasion des émotions ; hypotonie ; tachycardie légère ; tendances syncopales faciles ; insomnies fréquentes avec turbulence nocturne

Au point de vue psychique : acceptation passive de son état ; intérêt conservé pour certains faits du passé qui l'ont vivement préoccupé (professorat, littérature, etc...) ; dans ce domaine, mémoire d'évocation satisfaisante ; champ d'intérêt restreint pour les événements présents ou proches ; mémoire de fixation réduite ; décousu et manque de cohésion des propos, surtout quand le malade est ému ; attitude minimisante quant à ses actes de colère et de jalousie passés.

En résumé, il s'agit d'un *cas tout à fait classique de chorée de Huntington, avec son cortège de troubles mentaux habituels.*

Ce choréique est marié. Son épouse est de tempérament vif, assez

irritable ; dans sa famille on ne relève ni vésanie ni névropathie caractérisées. Ils ont deux enfants : une fille âgée de 22 ans, bien portante, et un fils, Maurice, dont nous allons tracer la physionomie morbide.

2e *cas.* — H., Maurice, est actuellement âgé de 25 ans. A l'âge de 4 ans, il a eu une broncho-pneumonie qui s'est répétée vers 15-16 ans. Au cours de son enfance, ses parents ont maintes fois noté son caractère susceptible, sa tendance à croire qu'on se moquait de lui, sa propension à s'isoler parmi ses livres.

Les troubles mentaux proprement dits commencent à l'âge de 16 ans par des bizarreries, de l'entêtement excessif. Assez rapidement, ces anomalies du caractère et du comportement s'accentuent: en classe, où il réussissait jusqu'alors parfaitement, il devient négligent, oublieux ; son insociabilité augmente ; il a des conflits fréquents avec ses professeurs, qui prennent ses grimaces pour de l'effronterie ; on note souvent des rires et des pleurs immotivés.

En décembre 1931, l'internement devient nécessaire : il s'emportait parfois violemment, cassant des vitres, frappant sa mère ; en rue, il apostrophait des passants qui, prétendait-il, lui cherchaient noise.

A l'Asile, il se montre irritable, sans tendance à la moindre activité, laconique.

Rentré chez lui en juin 1932, il doit à nouveau être ramené à l'établissement pendant 4 à 5 semaines en 1934, parce qu'il se livre à la maison à des exercices acrobatiques très dangereux, escaladant les murs, descendant de l'étage par la gouttière, etc...

Depuis lors il vit chez lui, surveillé par un infirmier.

Etat intellectuel : l'attention est difficile à capter ; toutefois, on a pu noter qu'il enregistrait pas mal de petits faits, malgré son apparente rêverie ; il a conservé certaines notions scolaires, mais l'idéation est lente et les erreurs fréquentes, en raison de son manque de concentration ; son activité intellectuelle est parfaitement nulle : elle se borne à rêver devant un livre ouvert ou à recopier des colonnes entières de journal ; certaines réponses bizarres, stéréotypées, sans pertinence, « à côté », traduisent bien l'incohérence des processus intellectuels.

L'affectivité n'est pas éteinte, elle est devenue tyrannique. Il manifeste souvent sa mauvaise humeur jalouse surtout à l'égard de sa sœur, qu'il accable par ailleurs de démonstrations affectueuses. S'il a commis une méchanceté, il demande qu'on lui pardonne. Autrefois, il exigeait qu'après le pardon, on le reconnaisse non coupable.

Comportement : il est habituellement inerte, rêveur, les doigts occupés à retourner un objet quelconque dans tous les sens ou à frotter la lèvre inférieure. Il accomplit de multiples actes stéréo-

typés, tournant autour des personnes attablées ou des visiteurs, passant sous les lits, contournant, quitte à s'arracher les vêtements, tous les poteaux électriques qu'il rencontre sur sa route, faisant à tout bout de champ des culbutes soit dans la maison, soit dans la rue. On ne peut rien obtenir de lui s'il n'a d'abord accompli l'une ou l'autre de ces stéréotypies kinétiques. Enfin, il rit souvent aux éclats, sans motif, surtout la nuit.

L'examen somatique montre une certaine instabilité des doigts dans la position du serment ; ceux-ci ont, dans cette attitude, des mouvements véritablement athétosiques. Au repos, on ne les constate pas. L'hémi-lèvre supérieure droite est très fréquemment relevée par une contraction intermittente qui donne au sourire un air de rictus ébauché. Enfin, nous avons parfois constaté de rares secousses musculaires du vaste externe à la cuisse droite.

Il n'existe ni flexibilité cireuse, ni catalepsie, ni négativisme prononcé.

En face de ce tableau morbide, le seul diagnostic qui vienne à l'esprit est celui de *schizophrénie* (au sens de Claude). Celle-ci apparaît comme l'*aboutissement évolutif d'un état schizoïde constitutionnel, qui nous semble bien établi ici en raison de l'autisme et de l'insociabilité précoces du sujet.*

*
**

Faut-il voir des symptômes de transition entre les chorées typiques et ce cas d'hébéphrénie dans le fait que nous constatons une instabilité motrice discrète et de rares secousses musculaires localisées ? C'est possible, mais le lien nous paraît pour le moment assez ténu.

Evoluera-t-il vers un état choréique typique ? Nous n'en savons rien, mais nous ne pouvons oublier les conseils de prudence de Kehrer et de Entres. Il est certain que seuls, l'évolution et le mode de terminaison de la maladie pourront nous fournir un diagnostic parfaitement sûr.

Comment expliquer l'apparition d'une schizophrénie d'allure aussi nette, dans une famille atteinte de chorée de Huntington?

On peut naturellement y voir une simple coïncidence. C'est là une solution facile et peu probable, si l'on songe que les traits de schizoïdie sont fréquents dans ces familles, en sorte qu'un malade comme le nôtre n'y détonne pas du tout.

On peut aussi se demander avec Entres si le processus organique de la chorée de Huntington ne provoque pas la « mobilisation de dispositions latentes à la démence précoce ».

On peut enfin, tenant compte des données anatomo-patho-

logiques établies par Pierre Marie et Lhermitte, Kieselbach, Ruske, C. et O. Vogt, A. Jakob, F. H. Lewy, Tokay et d'autres, émettre l'hypothèse que la « dégénération atrophique cortico-striée » de la chorée de Huntington porterait, en ordre principal, dans les cas semblables au nôtre, sur le cortex. Tokay, notamment, a rapporté un cas de chorée de Huntington avec lésions prédominant dans la troisième couche cellulaire, dont on sait l'atteinte fréquente dans la démence précoce.

Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses, il nous a semblé qu'il y avait quelque intérêt à vous rapporter ce *cas de schizophrénie, qui illustre le polymorphisme phénotypique de la maladie de Huntington.*

Considérations sur la pathogénie de l'encéphalite psychosique aiguë Importance de la réaction cérébrale individuelle

par M. L. Marchand (de Paris)

Depuis l'épidémie d'encéphalite léthargique survenue au cours de la dernière guerre, on a une tendance à attribuer à des agents animés, à des virus neurotropes nombre d'affections aiguës du système nerveux. Le but de cette communication est de montrer que, en ce qui concerne l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, ou délire aigu, de nombreux arguments étiologiques, cliniques, biologiques et anatomopathologiques permettent d'écarter cette pathogénie infectieuse (1).

Arguments étiologiques. — Les causes apparentes de l'encéphalite psychosique aiguë sont des plus diverses et aussi différentes, d'après les exemples que nous avons constatés, qu'une fièvre typhoïde, un érysipèle, une infection vésicale, un accès de rhumatisme articulaire aigu, une simple opération chirurgicale, un accouchement normal, un choc émotionnel. On ne peut donc attribuer à cette affection une spécificité morbide ; son étiologie est des plus variées.

Quand le délire aigu survient à l'occasion d'une maladie infectieuse, c'est à son déclin ou au cours de la convalescence qu'il apparaît ; l'étiologie infectieuse ou même toxique est difficile à admettre.

Autre particularité, quand il s'agit d'une maladie infectieuse qui paraît causale, celle-ci peut être aussi bien bénigne que grave. Ainsi, la cause peut être disproportionnée avec son effet, n'être ni directe, ni évidente, et c'est souvent en forçant

---

(1) L. Marchand et A. Courtois. — Les encéphalites psychosiques. Ed. Le François, Paris, 1935.

les faits que l'on établit un rapport de cause à effet entre la maladie infectieuse et la maladie mentale.

Le délire aigu peut survenir au cours d'une psychopathie banale, au cours d'un état dépressif, d'une simple confusion mentale qui prend le caractère d'un accès délirant aigu. La transformation progressive de l'état psychopathique primitif en délire aigu permet de penser qu'il s'agit de la même affection qui, cependant à son début, ne pouvait être rattachée nécessairement ni à une infection, ni même à une intoxication.

Arguments cliniques. — Quelle que soit la cause apparente, le tableau clinique de l'encéphalite psychosique aiguë est toujours le même. On ne note pas le polymorphisme symptômatique si spécial aux infections du système nerveux.

Si l'affection est plus fréquente en hiver qu'en été, elle ne prend pas un caractère épidémique et elle n'est pas contagieuse.

Ce n'est pas une raison parce que le sujet atteint d'encéphalite psychosique aiguë présente un état typhoïdique pour en inférer qu'il s'agit d'une maladie infectieuse. Le même état physique grave peut s'observer au cours des tumeurs cérébrales, de l'état de mal épileptique, des commotions craniennes traumatiques, des ictus dans les artériopathies, etc., affections dans lesquelles il est bien difficile de faire intervenir un élément infectieux neurotrope. On ne doit pas confondre signes physiques graves avec état infectieux.

Neuf fois sur dix le délire aigu se termine rapidement par la mort. Les encéphalites aiguës d'origine infectieuse ne présentent pas d'ordinaire un pronostic immédiat aussi sévère.

Autre argument, une première atteinte de délire aigu ne confère pas l'immunité. Nous avons observé des sujets qui, après une première atteinte de délire aigu terminé par la guérison ont présenté, une ou plusieurs années après, un nouvel accès et ont succombé.

Arguments biologiques. — Les cultures du sang pratiquées sur divers milieux aérobies et anaérobies sont en général négatives. Dans les quelques cas où les hémocultures furent positives (streptocoques hémolytiques), il s'agissait de puerpérales ou de sujets présentant des plaies infectées et le microbe n'a jamais été retrouvé dans le cerveau.

L'inoculation du liquide céphalo-rachidien par la voie sous-occipitale dans les espaces sous-arachnoïdiens du lapin n'est

suivies d'aucun trouble. Des inoculations sous-cutanées à la souris ne déterminent rien de particulier. L'inoculation à des lapins et à des singes par voie intracérébrale de substance cérébrale prélevée immédiatement après la mort ne donna dans les quelques cas où elle fut expérimentée que des résultats négatifs ; de même, les cultures de pulpe cérébrale sur divers milieux.

Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal. Les seules modifications que l'on constate parfois ne consistent qu'en une légère albuminose et plus rarement une leucocytose très discrète. Le taux du sucre ne présente rien de particulier.

Arguments anatomo-pathologiques. — Quelles que soient les causes apparentes du délire aigu, et elles sont des plus diverses comme nous l'avons dit plus haut, les lésions sont les mêmes dans tous les cas. On doit donc éliminer la notion de spécificité étiologique du processus morbide.

Les lésions dégénératives des cellules ganglionnaires sont toujours très accusées par rapport aux réactions inflammatoires, soit méningées, soit vasculaires ; les réactions névrogliques et microgliques sont peu importantes. Dans les encéphalites infectieuses, au contraire (encéphalite épidémique, encéphalomyélite aiguë, sclérose en plaques aiguë, etc.), les périvascularites sont toujours très importantes et s'accompagnent fréquemment de démyélinisation périvasculaire avec réaction névroglique et microglique.

Dans le délire aigu, les lésions du bulbe sont aussi accusées que celles du cerveau et dans quelques cas nous avons pu y déceler des nodules inflammatoires. Certains auteurs s'appuient sur cette lésion pour considérer le délire aigu comme une maladie infectieuse. Or, ces nodules inflammatoires peuvent être produits par une intoxication (M. Letulle). Certains poisons exogènes ont une affinité particulière pour les centres nerveux et déterminent une encéphalite aiguë non suppurée parmi les lésions de laquelle figurent les nodules inflammatoires. Avec le professeur Gabriel Petit (1), nous avons pu reproduire les lésions de l'encéphalite psychosique aiguë chez des chiens intoxiqués avec le méta ou métaldéhyde, poison

(1) Gabriel Petit et L. Marchand. — Encéphalite aiguë toxique expérimentale. *Revue Neurologique,* n° 6, déc. 1935, p. 873.

qui porte ses effets principalement sur l'encéphale. Parmi les lésions figurent les nodules inflammatoires.

Autre fait important, dans l'encéphalite psychosique aiguë, qu'elle soit sans cause apparente ou secondaire à une maladie infectieuse, nous n'avons pu déceler dans les centres nerveux ni éléments microbiens, ni inclusions cellulaires.



En réunissant ainsi les principaux arguments qui plaident contre la nature infectieuse de l'encéphalite psychosique aiguë, nous montrons combien on ne saurait assimiler cette affection à la forme aiguë de l'encéphalite épidémique qui, au contraire, présente tous les caractères d'une maladie infectieuse avec son polymorphisme clinique (formes léthargique, myoclonique, choréo-athétosique ; formes périphériques, etc.), avec ses formes prolongées (état parkinsonien, crises oculogyres, etc.), avec son inoculation possible par voie cornéenne au lapin. Les lésions présentent également des caractères différents, puisque, contrairement à ce que l'on observe dans l'encéphalite épidémique, celles de l'encéphalite psychosique aiguë sont d'ordre dégénératif plutôt qu'inflammatoire. En outre, on observe toujours dans nos asiles des cas de délire aigu, tandis que les observations d'encéphalite épidémique sont devenues exceptionnelles.



Si l'encéphalite psychosique aiguë n'est ni infectieuse, ni toxi-infectieuse, comment peut-on envisager sa pathogénie ? Reconnaissons que c'est une affection qui est subordonnée bien moins aux causes provocatrices qui sont variées et diverses qu'à la réaction du terrain. L'aptitude du cerveau à réagir de façon identique à des causes différentes joue donc un rôle prédominant. Il s'agit d'une encéphalite non suppurée par réaction cérébrale individuelle, par intolérance nerveuse. L'encéphalite psychosique aiguë nous paraît rentrer dans le groupe encore peu étudié des réactions cérébrales sérothérapiques, protéiniques ou chimiothérapiques [Tzanck, Mallet et Mlle Abadi (1)], des réactions cérébrales vaccinothérapiques

(1) A. Tzanck, R. Mallet et Mlle Abadi. — Réactions individuelles à type cérébral. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 22 mars 1935, p. 538.

[Cathala et de Font-Réaulx (1)], des réactions cérébrales par chocs peptoniques [Feuillé et Thiers (2)], et par chocs anaphylactiques [A. Lumière (3), Rachmanow (4)]. Dechaume et Croizat (5), Garcin, Bertrand, Laplane et Frumusan (6), en étudiant l'action des chocs anaphylactiques répétés sur le système nerveux, ont pu observer chez l'animal ainsi sensibilisé des lésions qui rappellent celles de l'encéphalite psychosique aiguë.

D'une façon générale, ces considérations montrent, qu'à côté des maladies cérébrales dues à une infection, à une intoxication ou à une toxi-infection, il y a lieu d'étudier toute une série d'accidents qui sont déterminés, davantage par l'aptitude réactionnelle du sujet, que par des causes qui chez la plupart des individus sont habituellement sans action.

---

(1) J. Cathala et de Font-Réaulx. — Syndrome lenticulaire type Wilson. Discussion du rôle éventuel de la vaccination antityphique. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1er avril 1935, p. 527.

(2) Feuillé et Thiers. — Production expérimentale de sclérose dans le système nerveux. *Revue neurol.*, t. I, 1926, p. 606.

(3) A. Lumière. — *Le problème de l'anaphylaxie.*

(4) Rachmanow. — Lésions nerveuses dans l'anaphylaxie vermineuse sérique. *C. R. Soc. de Biol.*, 1913, p. 317.

(5) Dechaume et Croizat. — Système nerveux et anaphylaxie, faits expérimentaux, documents anatomo-pathologiques. *Paris-Médical*, 10 octobre 1932, p. 262.

(6) R. Garcin, I. Bertrand, L. Laplane et P. Frumusan. — Etude expérimentale des lésions du névraxe consécutives aux chocs anaphylactiques répétés et aux injections réitératives espacées d'albumine étrangère. Sur quelques considérations pathogéniques applicables à la neuropathologie humaine. *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1935, p. 787.

Projection de dessins d'aliénés et interprétation diagnostique

par M. le Dr H. O. Pfister (de Hérisan-Appenzell)

Avant de projeter quelques dessins exécutés par des malades aliénés, permettez-moi de donner à ce sujet quelques explications. Il s'agit d'une nouvelle méthode de recherches que j'ai fait, il y a quelque temps, sur environ sept cents malades, ici, au Burghölzli, sous la direction du Professeur Maier. On donnait aux malades cinq crayons de couleur — noir, rouge, bleu, vert, jaune, avec l'invitation de dessiner en couleur un arbre, un papillon, une maison, un visage, un triangle, un carré, un cube, une étoile, une forme humaine.

Tout comme dans la graphologie, les dessins furent jugés d'après les symptômes psychographiques et calligraphiques. Ce qui m'importait spécialement était l'application des couleurs, qui, surtout dans les états terminaux de schizophrénie, montrait des altérations comme expression de troubles affectifs. Le mouvement de chaque trait fut aussi étudié spécialement. Les psychoses des affections cérébrales dites organiques et les périodes de début et d'état de démence précoce y présentaient des dérangements typiques.

Tous ces symptômes, je ne peux que vous les indiquer en passant, le temps pour des explications plus précises étant trop restreint. La valeur de la méthode consiste en la possibilité de comparer de cette façon des époques de maladie temporairement différentes, ce qui nous permet, par exemple, de nous persuader de l'efficacité d'une méthode de traitement. Aussi, dans la médecine légale, on a très souvent besoin de pareilles preuves fixées pour un état maladif. A cette occasion, je voudrais vous rappeler les méthodes graphologiques souvent employées en psychiatrie, ainsi que les expérimentations de Rorschach, dans lesquelles les couleurs ont une grande importance.

Mes projections montrent, de quelques malades, les dessins exécutés dans les différentes époques de leur maladie (1).

1. Ce chaos indéchiffrable présente l'œuvre d'un *paralytique général* à démence très avancée. La disparition de toutes les formes, la perte des couleurs, le tremblement des traits vraiment ataxiques, ce sont les symptômes caractéristiques pour une affection cérébrale prononcée. Etat désespéré, tout traitement sera superflu.

2. *Paralysie générale en état maniaque expansif.* Vous trouvez surtout des troubles calligraphiques. La tendance d'employer des couleurs différentes est abandonnée par suite de fatigue et d'oubli. Les figures se disloquent.

3. La *même malade*, un mois plus tard, après malariathérapie. Vous voyez l'exécution plus soignée des formes, la réapparition des couleurs, lors même que les traits montrent encore des signes d'ataxie prononcée.

4. *Artériosclérose cérébrale.* Les couleurs manquent, les formes difficiles ne peuvent plus être reproduites. Les figures sont petites, comme si le malade cherchait à cacher le tremblement.

5. *Démence sénile* avec troubles aphasiques et agraphiques. Dans les dessins, l'apparition de traits parallèles est caractéristique pour cette maladie. De nouveau, les couleurs manquent.

6. *Démence épileptique* caractérisée sur le papier par l'exécution lente et minutieuse. Chaque aiguille de sapin, chaque tuile sur le toit, chaque cheveu, chaque dent, chaque doigt, même ceux qui sont de trop, sont dessinés avec des soins délicats et minutieux.

7. Dessin primitif d'un *idiot.* Le changement des couleurs est imprévu. Le malade ne peut pas distinguer les couleurs.

8. *Manie aiguë typique.* Le besoin d'activité se montre dans l'application d'écrits, dans lesquels se manifeste aussi la fuite des idées. Riche emploi des couleurs, qui sont appliquées grossièrement, mal nuancées et mal assorties.

9. Voici le *même malade* six mois plus tard, dans un état de calme parfait et dans la plénitude de sa raison. C'est un dessin qui pourrait être fait par un normal.

10. *Mélancolie aiguë typique.* Petites figures dessinées sans

---

(1) Voir *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* volume XXXIV, 2.

pression et sans couleurs, mais bien exécutées dans les moindres détails.

11. Le *même malade* trois mois plus tard, complètement guéri de sa dépression.

12. Maintenant, encore quelques dessins de malades *schizophréniques.* Voici un *catatonique* en période prodromique. Quelques idées hypocondriaques et dépressives sont les seuls symptômes cliniques. Dans ce dessin, on n'est frappé que de l'écriture pathologique, signe suspect de démence précoce.

13. Deux mois plus tard, le *même malade* est cliniquement encore presque pareil. Mais il démontre dans le dessin, avec cette bouche verte, ce point d'interrogation, ces figures vertes, clairement des signes de troubles affectifs et associatifs schizophréniques.

14. Le *même malade* encore une fois deux mois plus tard, dans un état désespéré de démence catatonique, avec des troubles affectifs très graves, qui se trahissent surtout dans le manque de diversité des formes et couleurs.

15. *Démence précoce hébéphrénique* en période d'état. Formes symboliques bizarres avec application inadéquate des couleurs.

16. La *même malade* huit mois plus tard, dans un état de schizophrénie terminale.

17. C'est une malade atteinte de *démence précoce catatonique* qui nous a fourni ces dessins. Les traits noirs incessamment répétés nous rappellent aux hallucinations graphiques impulsives, dans lesquelles les malades se sentent poussés à écrire malgré eux. Couleurs bizarres.

18. Voici la *même malade* en bonne rémission cinq mois après l'amélioration de la phase aiguë, que nous venons de voir.

Voilà tout ce que j'ai à montrer. Ce n'est pas beaucoup, mais assez pour convaincre de la facilité que nous donne cette nouvelle méthode pour suivre la marche et le développement des différentes affections mentales.

Discussion

M. le Prof. Pierre Janet (de Paris). — Ces projections intéressantes nous montrent bien combien les dessins et les œuvres d'art sont en relation avec l'état mental des artistes et peu-

vent nous aider à comprendre cet état. Je me souviens d'avoir visité l'atelier d'un peintre qui présentait des périodes d'excitation et de dépression : la facture et la couleur des tableaux peints dans ces différentes périodes étaient tout à fait caractéristiques.

Je voudrais surtout vous signaler un petit fait que j'ai eu l'occasion de remarquer dans un voyage bien intéressant au Mexique. Les anciennes populations indiennes, qui y vivent bien misérablement, ont beaucoup de dispositions artistiques : leur musique en particulier m'a paru remarquable avec un caractère plutôt mélancolique. Ces Indiens se plaisent à faire des sculptures et des gravures, mais leurs œuvres d'art ont un caractère singulier, c'est leur extrême petitesse. Ce sont toujours de petites sculptures de la dimension de l'ongle, faites souvent avec des noyaux de fruits. Un de leurs chefs-d'œuvre les plus remarquables consiste à costumer de diverses manières de petits insectes, surtout des puces. J'ai rapporté du Mexique un mariage de puces : le marié, la mariée, les prêtres, les amis qui apportent des cadeaux sont des puces très bien habillées avec des fils de soie et des petits papiers. Est-ce que ce travail minutieux, ce goût à l'extrême petitesse n'a pas une relation avec les micropsies, les micromanies que nous observons dans des états de dépression ?

Valeur diagnostique et pronostique de l'étude quantitative des réagines du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du système nerveux

par MM. B. Dujardin et J. Titeca (de Bruxelles)

La méthode des dilutions permet d'apprécier l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction au péréthynol de Vernes (1) dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. En pratiquant ces réactions simultanément sur des quantités régressives de sérum sanguin et de liquide céphalo-rachidien, préalablement chauffés à 56°, d'un même individu, il est donc possible de comparer le taux des réagines contenues dans ces humeurs et d'établir un rapport qui caractérise l'*index de perméabilité méningée.*

Cet index, dont la réalité est indépendante de toute conception théorique, présente des caractères remarquablement stables dans les deux formes de la syphilis nerveuse : la parasyphilis (paralysie générale et tabès) et la syphilis cérébrospinale. Dans la paralysie générale — syphilis anallergique tardive, caractérisée anatomiquement par une inflammation chronique, diffuse et généralisée des méninges, des plexus choroïdes et du parenchyme nerveux — on trouve typiquement un index élevé, supérieur à 1/10, et résistant aux traitements chimiothérapiques. Dans la syphilis cérébrospinale — syphilis tertiaire ou allergique, caractérisée anatomiquement par des réactions mésenchymateuses focales : gommes (rares) ou artérites — on décèle au cours d'une première phase, préclinique et donc rarement observée, de fortes réactions méningées avec grande perméabilité aux réagines ; mais dans une seconde phase, spontanément ou plus rapidement sous l'effet

---

(1) *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1935, t. VI, p. 812.

de la chimiothérapie ou de la malarisation, l'index diminue jusqu'à devenir inférieur à 1/10, voire même nul.

Cet index de perméabilité méningée de 1/10 — cependant arbitrairement choisi — rend donc possible la distinction entre parasyphilis nerveuse et syphilis cérébrospinale. Il mérite ainsi de figurer parmi les éléments du syndrome humoral de la paralysie générale, si bien fixés par Claude, Targowla et Santenoise.

En outre, il permet, à la période « préclinique » de Ravaut, de prévoir l'orientation d'un tabès vers la paralysie générale ou la syphilis cérébrospinale : l'un de nous a en effet observé que sur dix cas de tabès à taux de réagine élevé et index élevé et résistant au traitement, neuf cas ont tourné à la paralysie générale cinq, six et même huit ans après que l'index eût montré son caractère alarmant. Ce fait, très significatif en ce qui concerne le pronostic de la syphilis nerveuse, appelle un corollaire thérapeutique : la nécessité de recourir immédiatement à la malariathérapie, quel que soit du reste l'état psychique du malade, dès que se trouve constitué un syndrome humoral de parasyphilis nerveuse avec index résistant aux traitements spécifiques.

L'établissement de ces formules humorales permet également, à notre avis, de juger le pronostic d'une paralysie générale et de fixer avec plus de précision la ligne de conduite à suivre au point de vue thérapeutique. L'étude systématique du sang et du liquide céphalo-rachidien, prélevés avant la malariathérapie, immédiatement après la fin des accès thermiques et quelques semaines ou quelques mois plus tard, nous a en effet montré que, en ce qui concerne le pronostic de la syphilis nerveuse, le facteur le plus important est la rapidité avec laquelle la perméabilité méningée diminue à la suite du traitement.

Dans les cas de syphilis cérébrospinale, on a vu que, sous l'influence du traitement chimiothérapique ou de la malarisation, la perméabilité méningée aux réagines diminue rapidement.

Dans les cas de paralysie générale typique, au contraire, on retrouve une grande perméabilité méningée, qui persiste ou même s'accroît immédiatement après la malariathérapie, celle-ci ayant également pour résultat d'augmenter temporairement l'index photométrique du sérum sanguin. Mais, par la suite, l'évolution peut se faire au point de vue syphiligraphique

dans deux directions différentes. Dans une première série de cas, on constate que les réactions spécifiques s'atténuent plus ou moins lentement, tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien, sans qu'à aucun moment le taux de la perméabilité méningée ne soit nettement modifié ; or, ces cas correspondent le plus habituellement aux malades dont l'état psychique ne s'est pas favorablement modifié à la suite du traitement pyrétogène. Dans une seconde série de cas, ceux précisément où le tableau mental s'améliore jusqu'à atteindre parfois une guérison clinique, l'intensité des réactions spécifiques s'abaisse progressivement aussi ; mais cette diminution atteignant les réactions du liquide céphalo-rachidien plus précocement et dans une plus grande mesure que celles du sang, il s'en suit que l'index de perméabilité s'abaisse bientôt en dessous de la valeur critique de 1/10. Le syndrome humoral tend donc dans ces cas à se rapprocher de celui de la syphilis cérébrospinale.

Trouver chez un paralytique général, peu de temps après la malariathérapie, une formule humorale semblable à celle de la syphilis cérébrospinale indique vraisemblablement que les lésions de la méningo-encéphalite sont en train de s'allergiser et incite donc à orienter le pronostic dans un sens favorable.

L'établissement de ces syndromes humoraux précis, il est à peine besoin de le dire, ne dispense en rien de l'analyse psychiatrique ; car si le système nerveux central présente des altérations anatomiques profondes ou trop étendues, il faut évidemment s'attendre à constater un état démentiel définitif, même au cas où, par la suite, le syndrome syphiligraphique s'atténuerait ou s'annulerait. Réciproquement, une évolution psychiatrique apparemment favorable impose un pronostic d'autant plus réservé que le syndrome humoral est plus rebelle au traitement.

(*Dispensaire intercommunal antivénérien et Centre Neuro-Psychiatrique de Bruxelles*)

L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien des malades mentaux

par M. le Dr J. Heernu,

Médecin-adjoint à l'Institut de Psychiatrie, Hôpital Brugmann (Bruxelles)

Les recherches que nous avons effectuées ont porté sur des malades de sexe féminin. La ponction lombaire fut pratiquée dans la semaine qui suivit immédiatement l'admission. Comme il s'agit, dans la plupart des cas, de malades dans la période aiguë, soit à la phase initiale de leur maladie, soit à l'occasion d'un épisode aigu dans le cours d'une affection chronique, nous pensions trouver, par le dosage de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien, un élément qui nous mette sur la voie de la pathogénie de certaines maladies mentales.

Les dosages furent effectués dans l'heure qui suivit le prélèvement. La méthode utilisée est celle de Tillmans et Harris, telle qu'elle a été rendue commode par les comprimés titrés de dichlorophénolindophénol préparés par les laboratoires Roche. Soixante-six malades ont été examinées.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été très variables et s'étendent entre les chiffres limites de 0,8 mgr. pour mille centi-cubes et 37,6 mgr. pour mille. Dans certains groupes de maladies (Déséquilibre, Psychose hallucinatoire chronique, Psychose anxieuse, Paralysie générale), on retrouve cette même variabilité des résultats. La mélancolie simple, la confusion mentale et, à un moindre degré, la démence organique, se caractérisent par des chiffres bas : inférieurs à 7,6 mgr. pour mille. Dans la manie et la démence sénile, les chiffres sont supérieurs à 10 mgr. pour mille. Dans la démence précoce, on trouve également des chiffres supérieurs à 7,6 mgr. pour mille.

Comment peut-on interpréter ces résultats ? Pour les chif-

fres bas tels qu'on les rencontre dans la mélancolie ou la confusion mentale, on pourrait, avec quelque raison, invoquer une insuffisance alimentaire. Cependant ce facteur, à lui seul, ne peut suffire à expliquer cette diminution du taux. En effet, certains maniaques agités qui refusent l'alimentation conservent un taux relativement élevé (jusque 22,5 mgr. pour mille). Or, on se trouve ici devant une situation tout à fait paradoxale : dans les conditions normales, la fatigue musculaire tend à faire disparaître rapidement l'acide ascorbique dans les organes. Chez les malades agités, cette fatigue, jointe à l'insuffisance d'alimentation, n'aboutit pas à une diminution appréciable du taux dans le liquide céphalo-rachidien.

L'opposition entre les malades calmes, dont le taux est faible, et les malades agités dont le taux est élevé, s'observe assez fréquemment. Reste à en trouver l'explication.

Les difficultés commencent quand il s'agit de déterminer le taux « normal » de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien. Plaut et Bulow se basant sur des recherches sur l'animal et sur 125 dosages chez des malades nerveux ou mentaux admettent qu'il y a une diminution régulière à mesure qu'on avance en âge :

Jusqu'à 13 ans : 17,5 mgr. pour mille.
De 20 à 35 ans : 17,7 mgr. pour mille.
De 36 à 59 ans : 9,7 mgr. pour mille.
De 61 à 83 ans : 5,1 mgr. pour mille.

Nos recherches ne nous permettent pas d'accepter cette loi : 66 dosages effectués chez autant de malades différentes, âgées de 18 à 89 1/2 ans, nous donnent pour les mêmes périodes les chiffres suivants :

de 20 à 35 ans (17 cas)	de 36 à 59 ans (35 cas)	de 61 à 89 ans (13 cas)
16,2 mgr. p. m.	11,4 mgr. p. m.	14,1 mgr. p. m.
Chiffres extrêmes :		
5,7-37,6	0,8-26	1-30,8

Ages extrêmes : 18 ans : 10,1 ; 89 1/2 ans : 18,9.

La divergence de résultats est surtout importante pour le dernier groupe : 14,1 p. m. au lieu de 5,1. Sur les 13 malades de ce groupe, 11 ont un chiffre supérieur à 5,1 mgr. p. m.

D'après ces résultats, il semble qu'on ne puisse pas accorder la valeur d'une loi à la diminution de l'acide ascorbique à

mesure que l'âge augmente. Il paraît plus vraisemblable, au contraire, qu'il n'y a pas de différence nette pendant toute la période de l'âge adulte et même de la sénilité. Dans l'ensemble, la plus grande fréquence des chiffres est située entre 5 et 15 mgr. p. m. (37 cas), la moyenne arithmétique de tous les cas étant 13,9. Les chiffres compris entre 13 et 13,9 se rencontrent à tous les âges : 26 ans, 31 ans, 34 ans, 50 ans, 56 ans, 82 ans.

Dans l'hypothèse où les résultats les plus fréquemment rencontrés établissent la valeur « normale », c'est 13,9 qui doit être considéré comme la moyenne normale. Les chiffres notablement inférieurs à cette moyenne s'expliquent aisément par un état de carence ou de précarence. Pour les chiffres supérieurs, on observe, indépendamment de l'âge, des écarts qui atteignent le double ou le triple de la valeur moyenne : 37,6 (22 ans), 26 (45 ans), 30,8 (73 ans), 27,2 (81 ans).

Les épreuves de saturation devaient nous donner l'explication de ces anomalies : une malade de 59 ans, atteinte d'adipose douloureuse avec syndrome mélancolique, est soumise, au moment de sa guérison, ayant un taux préalable de 9,1 mgr. dans le liquide céphalo-rachidien, à l'épreuve de saturation ; elle reçoit tous les jours 200 mgr. de Redoxon à 6 heures du matin ; les urines sont dosées à 11 heures. Le taux, très faible au début (moins de 2,5 mgr. p. m.), se relève un peu dans les jours suivants pour atteindre brusquement au 9ᵉ jour 137 mgr. p. m. L'administration de Redoxon est interrompue et la malade est ponctionnée le lendemain. Son liquide céphalo-rachidien contient 46,2 mgr. p. m. d'acide ascorbique. Des épreuves analogues ont été faites chez d'autres patientes : une malade de 55 ans, guérie d'une confusion mentale de courte durée, passe de 4,3 mgr. à 32,6 mgr. après absorption de 1.800 mgr. de Redoxon en 9 jours. A une démente précoce de 44 ans, atteinte depuis de longues années, profondément anémiée à la suite d'excentricités de régime, ayant les membres inférieurs couverts de plaques ecchymotiques, on administre 2.200 mgr. de Redoxon en 25 jours. Le taux qui était extraordinairement faible au début (0,8 mgr. p. m.) passe à la fin du traitement à 32,5 ; enfin, une démente précoce de 28 ans, passe de 23,4 à 32,7 après l'ingestion d'une dose unique de 300 mgr. de Redoxon.

Il est par conséquent possible, si bas que soit le taux initial dans le liquide céphalo-rachidien, de l'amener à une valeur

élevée par simple ingestion de doses suffisantes. Si l'on accepte comme teneur moyenne du cerveau humain 40 mgr. p. m., le rapport de 1 à 10 entre le taux du liquide et celui du cerveau ne peut être tenu comme normal. Plus normal serait le rapport de 1 à 1, c'est-à-dire que le taux du liquide peut être égal à celui du cerveau, et cela non seulement après une épreuve de saturation, mais aussi spontanément : une débile mentale épileptique, convalescente d'otite aiguë et de mastoïdite avait à son admission le taux de 37,6 mgr. p. m.

Le liquide céphalo-rachidien se comporterait donc comme un réservoir d'acide ascorbique, dans lequel celui-ci s'accumulerait à une concentration élevée et pourrait se mettre en équilibre avec la concentration des cellules nerveuses.

En conclusion : 1. Il existe une différence entre la teneur en acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien des malades tranquilles (mélancoliques) et celle des malades agités (maniaques), qui paraît indépendante du régime alimentaire.

2. La valeur moyenne des résultats obtenus dans l'ensemble est de 13,9 mgr. p. m. ; elle est indépendante de l'âge.

3. Quel que soit le taux initial, la concentration de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien peut être amenée à une valeur élevée, bien supérieure à la valeur moyenne.

4. La concentration maxima obtenue après épreuve de saturation, pourrait donner une valeur normale stable, susceptible de servir de point de comparaison.

(Travail de l'Institut de Psychiatrie, Hôpital Brugmann, Bruxelles)

Diagnostic précoce de la syphilis cérébrale par la méthode pupillographique

par M. le Dr M. Guillerey,

Médecin-Directeur de la Métairie, Nyon

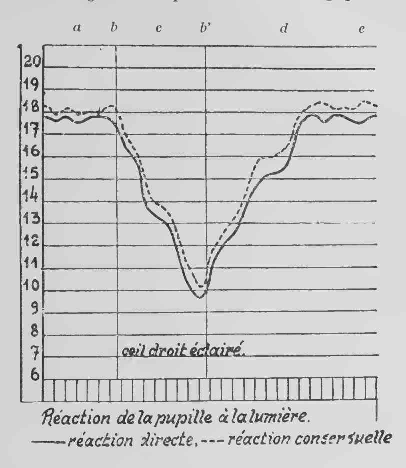
La cinématographie du réflexe pupillaire à la lumière est une méthode d'investigation clinique, dont la technique a été mise au point au cours de ces dernières années par le Professeur Löwenstein, de Bonn, actuellement à la Métairie, à Nyon. Le Professeur Löwenstein, qui vous entretiendra dans un instant de certaines applications spéciales de sa méthode, a publié l'année passée, sur le diagnostic pupillographique de la syphilis cérébrale, chez Benno Schwabe, à Bâle, une monographie, portant sur plus de 200 cas.

La méthode nouvelle, qu'on a comparée justement à l'électrocardiographie, porte à un degré de perfection, de précision vraiment scientifique l'étude d'un des organes les plus importants de l'économie. Elle permet la mensuration exacte des mouvements de l'iris et fournit un document clinique objectif : le graphique de la réaction. Un mot seulement de la technique : les deux pupilles sont cinématographiées en même temps à raison de 15 à 60 images par seconde, dans un champ constant de lumière bleue, l'excitation lumineuse portant alternativement sur l'œil droit et sur l'œil gauche. On mesure, sur le film ainsi obtenu, les diamètres pupillaires qui sont reportés avec un grossissement de trente sur un système de coordonnées, ce qui permet d'établir la courbe de la réaction.

Je ne m'étends pas sur le fonctionnement des appareils. MM. les congressistes, à l'occasion d'un passage à Nyon, sont cordialement invités à venir visiter les installations de la Métairie.

Voici un pupillogramme normal. Vous voyez que cette méthode permet une véritable microscopie de la fonction et les moindres détails de la réaction sont enregistrés : avant

l'excitation lumineuse, les oscillations propres de l'iris (*a*) ; l'excitation d'une durée de une seconde est marquée par les deux traits verticaux (*b*, *b'*) puis, la contraction (*c*), la redilatation (*d*), enfin les oscillations de l'iris après qu'a cessée l'excitation lumineuse (*e*). En trait plein, la réaction directe ; en pointillé, la consensuelle. Les deux réactions forment une unité fonctionnelle et leurs variations réciproques, inscrites sur le tracé, sont d'une grande importance séméiologique.



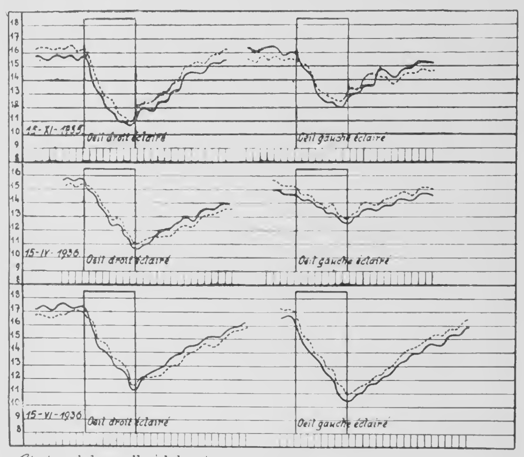
Réaction de la pupille à la lumière.
—— réaction directe, - - - réaction consensuelle

Si l'on répète l'excitation lumineuse en laissant à l'organe un temps de repos suffisant, on obtient pratiquement toujours la même courbe : la pupille ne se fatigue pas. Si, au contraire, les excitations sont répétées sans intervalle de repos suffisant, on voit survenir des phénomènes de fatigue et s'établir par étapes successives, toujours parcourues dans le même ordre, la rigidité réflexe. Le premier signe de fatigue est une augmentation du temps de latence physiologique, l'un des derniers stades, avant la fixité réflexe, la dilatation initiale ou réaction paradoxale. Cette loi de fatigue physiologique de la pupille est importante, parce que dans la syphilis du cerveau, on voit survenir d'emblée des phénomènes d'épuisement dans

des conditions où l'iris ne devrait pas normalement se fatiguer et toujours d'une manière inégale entre droite et gauche.

Vous voyez ici (fig. 2, I), un tracé de syphilis cérébrale. La réaction est paresseuse, fatigable, surtout à gauche.

Il ne s'agit pas tant d'une inégalité statique, portant sur la période de repos que d'une anisochorie dynamique, c'est-à-dire

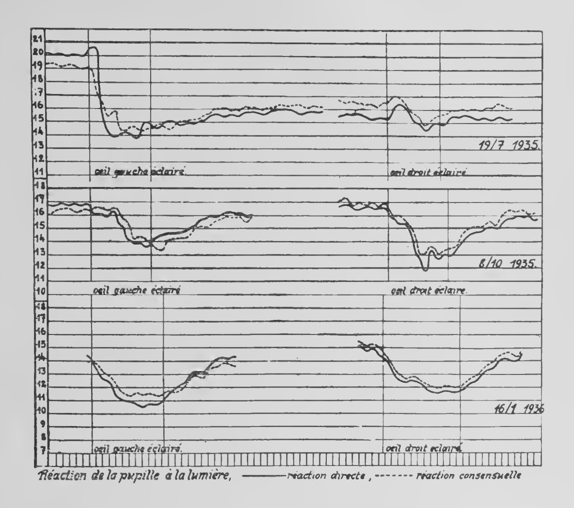


Réaction de la pupille à la lumière; réaction directe ————
réaction consensuelle - - - - - -

se développant au cours même de la réaction. Cette inégalité dynamique est caractéristique de la syphilis du cerveau.

Les centres de l'iris paraissent constituer un *locus minoris resistentiæ*, électivement et précocement touché dans la syphilis cérébrale. La mise en évidence d'un tracé spécifique ne permet pas encore, cela va de soi, de conclure à un processus actif. Il pourrait s'agir d'une cicatrice. Souvent, par ailleurs, chez les malades spécifiques que nous voyons en clinique, il n'existe que des troubles subjectifs. Dans ces cas et d'une manière générale, si l'on répète après quelques semaines ou

quelques mois la pupillographie et qu'on constate une aggravation des troubles pupillaires, on peut conclure avec certitude à une syphilis active. C'est le cas de l'exemple que vous avez sous les yeux (fig. 2, II). Il s'agit d'un homme de 42 ans, présentant un état de pseudo-neurasthénie syphilitique. Comme seul anamnésique, un tabès chez la femme du malade, avec Wassermann positif. Le patient lui-même ne présentait



Réaction de la pupille à la lumière, ——— réaction directe, ------- réaction consensuelle

aucun symptôme proprement neurologique et les réactions sérologiques de la syphilis ne furent jamais positives, même après réactivation. Un traitement arsénical n'amena aucune amélioration des troubles psychiques. Le second pupillogramme, après une série de sulfarsénol, montre une aggragation des signes pupillaires. Par contre, un traitement pyrétogène, au pyrifer, amena une guérison complète, et le 3[e] pupillogramme pratiqué en fin de cure, montre une importante récupération fonctionnelle avec égalisation des deux tracés.

Le cas suivant est un peu différent. Il s'agit d'un professeur

d'Université de 56 ans, ayant dû, depuis plus de trois ans, interrompre ses cours en raison d'un état dépressif qualifié « psychasthénique ». D'éminents spécialistes, à cause de l'absence de symptômes neurologiques et sérologiques, avaient pensé pouvoir exclure une épine organique. Il n'existait, en fait, chez ce malade, qu'une légère exagération des réflexes rotuliens. Le pupillogramme (fig. 3, I), d'emblée, orienta fortement le diagnostic vers une syphilis du cerveau. Le Wassermann et le Nonne devinrent positifs dans le liquide après 2 gr. de sulfarsénol. La poursuite du traitement arsénical amena une prompte et complète guérison. Le patient a repris ses cours. Sur le second pupillogramme, vous pouvez noter déjà, après une première série d'arsenic, une notable récupération fonctionnelle. Cette amélioration s'est poursuivie et sur le troisième pupillogramme pris quelques semaines plus tard, la restauration fonctionnelle est à tel point avancée qu'il ne serait plus possible, au vu du tracé, de faire un diagnostic de syphilis cérébrale.

Pour résumer et conclure : la pupillographie permet un diagnostic précoce, souvent véritablement préclinique de la syphilis cérébrale, en l'absence parfois de tout autre symptôme neurologique, de toute altération du liquide céphalo-rachidien. Cette méthode permet de saisir les premières altérations spécifiques des fonctions pupillaires et d'enregistrer celles-ci à l'une de ces étapes morbides qui précèdent souvent de longtemps, comme nous l'avons vu, l'Argyl-Robertson cliniquement constitué. Il est possible, au surplus, grâce à la pupillographie, de vérifier l'effet des traitements institués et de contrôler, d'une manière à la fois précise et élégante, l'évolution régressive ou progressive de la syphilis cérébrale.

Pupillographie
et psychopathie constitutionnelle

par M. le Professeur O. Löwenstein (de Nyon)

La classification des psychopathies soi-disant constitutionnelles, d'après des critères purement psychiques, nous apprend peu de chose sur l'essentiel de ces états. Si l'on adopte le point de vue de Kræpelin, dont le principe est de classer les syndromes d'après un symptôme prédominant, et si l'on distingue comme lui, parmi les psychopathes, des irritables, des instables, des instinctifs, des menteurs et dupeurs, des antisociaux, des querelleurs, etc., on reconnaîtra bien vite que ces groupes se compénètrent, s'enchevêtrent et que leur isolement est artificiel. Ce fait nous apparaît avec une évidence particulière si l'on considère l'évolution de cette doctrine, par exemple chez Kahn, où l'on trouve, comme symptômes de premier plan, devant permettre une classification, l'anxiété, l'impressionnabilité, l'irritabilité, l'instabilité d'humeur et l'instinctivité.

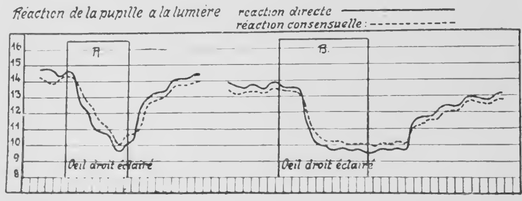
Contrairement à cette façon de procéder, je me suis trouvé depuis nombre d'années, du côté de ceux qui rapprochent psychopathies constitutionnelles et psychoses, en raison d'analogies de fond qui permettent de rendre compte des états psychopathiques constitutionnels à partir des grands syndromes mentaux, *bien entendu,* sans viser à une identification proprement dite des deux groupes.

Cette conception devait nécessairement nous conduire à préciser l'aspect neurologique de ces syndromes.

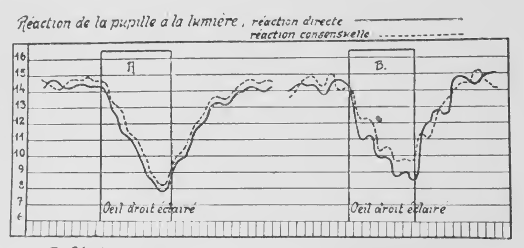
Les rapports que Kretschmer et d'autres ont voulu établir entre les types psychiques et les types somatiques, n'ont pu être que partiellement vérifiés par l'expérience. Les symptômes neurologiques relevés *parfois* chez les psychopathes par les *méthodes cliniques habituelles* n'ont abouti non plus à nous éclairer sur ces syndromes. Ces tentatives, l'une purement neurologique, l'autre basée exclusivement sur des corré-

lations psycho-somatiques, n'ont pu fournir que des schémas provisoires.

Il nous semble que, grâce à *cette* méthode toute différente que constitue la *pupillographie,* nous avons à présent la possibilité d'établir, sur une base nouvelle à la fois finement



A Réaction normale B Réaction tonohaptique



A: Réaction normale.. B Réaction hystérique

différenciée et objective, des rapports entre le psychique et le neurologique. C'est ainsi qu'existent quatre types psychologiques différents de réactions pupillaires, qui *sont* des caractéristiques de la constitution du sujet.

Mais nous allons nous en tenir à la pathologie et je vais brièvement vous exposer à ce sujet quelques résultats *récents* de la pupillographie.

1) Il existe un type de réaction pupillaire où l'on observe — contrairement au tracé continu physiologique — des

à-coups, des *ressauts* dans le développement de la courbe ; ces anomalies portent sur les deux phases de la réaction, mais surtout sur la contraction. Une telle courbe « en escalier » est propre aux psychopathes à réactions hystériformes. Elle caractérise un mode de réaction particulier du système psychomoteur que j'ai mis en évidence *antérieurement* chez ce groupe de psychopathes, par d'autres méthodes permettant également l'enregistrement graphique. J'ai appelé « réaction secondaire » cette anomalie de la *réponse motrice à l'excitation psychique.* Je ne puis, malheureusement, faute de temps, m'étendre davantage sur ce point particulier.

2) J'ai pu démontrer, par ailleurs, que, chez les sujets présentant des *lésions même discrètes* du *métencéphale,* on observe une réaction à la lumière d'un type tout à fait particulier, que j'ai appelé « tonohaptique », ce qui veut dire réaction s'effectuant selon un mode spécial de persévération tonique. On observe une double phase de latence augmentée, précédant la *contraction* et la *redilatation,* qui, toutes deux, se font brusquement, sans inhibition. Les sujets présentant cette réaction appartiennent à un groupe de psychopathes constitutionnels où s'observent des perversions instinctives, des tendances aux actes impulsifs, à l'instabilité psychomotrice, des phénomènes d'hyperthermie, de polyurie et des réactions antisociales.

3) Alors qu'en général, dans certaines conditions données d'expérience, la fatigue du réflexe pupillaire normal à la lumière ne se fait que *peu à peu* et *symétriquement,* il existe un certain nombre de psychopathes chez qui l'on observe une fatigabilité relativement *rapide,* soit *égale des deux côtés,* soit dyssymétrique. Cet accroissement de la fatigue est en relation avec des processus inflammatoires du système nerveux central, qu'on rencontre très souvent, par exemple, dans la syphilis congénitale ; je l'ai trouvé très fréquemment chez les psychopathes soi-disant constitutionnels qui, depuis leur enfance, ont souffert d'une irritabilité excessive, d'anxiété, d'instabilité d'humeur, d'aboulie, d'obsessions.

4) Le réflexe pupillaire à la lumière est d'origine cérébrale; comme tous les réflexes de cet ordre, il ne dépend pas seulement des influences psychosomatiques *du moment,* mais de l'ensemble de celles qui ont précédé l'excitation.

J'ai pu observer une variabilité du réflexe pupillaire dépassant de beaucoup la normale dans les cas de schizophrénie

clinique. On observe une telle variabilité anormale chez tout un groupe de psychopathes qui, *psychiquement*, se caractérisent par leur *manque de sensibilité* et leur *froideur de sentiment*, chez des fanatiques, des originaux graves, chez des individus qui ont une tendance paranoïaque.

En résumé : nous pouvons, à l'aide de la pupillographie, établir une relation entre certaines formes de psychopathies soi-disant constitutionnelles et des réactions pupillaires caractéristiques d'affections cérébrales déterminées. Tous ces résultats permettent d'espérer un démembrement tout au moins partiel du groupe des psychopathies constitutionnelles apparemment si bien fondées sur l'hérédité. Contrairement à mes opinions d'autrefois, j'en arrive à considérer nombre de psychopathies constitutionnelles comme des maladies abortives de cause variable, soit neurologique, soit psychiatrique.

Discussion

M. le Prof. Boven (de Lausanne) souligne l'intérêt de la communication du Prof. Loewenstein qui, renié pour raisons politiques en son pays malgré la valeur de ses travaux psycho-neuro-pathologiques, met à notre disposition aujourd'hui une méthode très minutieuse de pupillographie qui permet de différencier les cas dits fonctionnels des cas où, sous des apparences trompeuses, le système nerveux central est atteint d'une lésion souvent ancienne ou même congénitale.

Il cite à ce sujet les cas de deux patients dont l'état anxieux et obsessionnel donnaient quelques difficultés pronostiques et thérapeutiques. A l'examen pupillographique on trouve chez l'un les signes assignés par Loewenstein à l'état anxieux pur et chez l'autre des réactions typiques d'une lésion oculaire unilatérale, due vraisemblablement à une atteinte luétique congénitale.

La méthode pupillographique est appelée à jeter une vive lumière sur le chaos des états dits psychopathiques, en y permettant une catégorisation différentielle.

La folie d'après Erasme et Holbein

par M. Paul Courbon (de Paris)

Venir pour un Congrès de Médecine mentale à Bâle, c'est-à-dire dans la ville où Erasme publia son *Eloge de la Folie* et où Holbein l'illustra, m'a paru une invitation à rechercher si dans le texte du philosophe et dans les dessins du peintre il était possible d'identifier quelques catégories de malades mentaux qui aient pu éventuellement inspirer ces auteurs. Cette recherche, je m'empresse de le dire, a été très peu fructueuse. Il fallait s'y attendre d'après le titre même de l'ouvrage, le terme moria ne désignant qu'une variété de folie, celle qui fait rire. Le titre « encomium moriæ » du livre paru à Bâle en 1510, est beaucoup plus limitatif que ceux choisis par les prédécesseurs d'Erasme pour traiter la même question: « la Nef des fous », das Narrenschiff de Sébastien Brandt, paru à Strasbourg en 1497 et « la Nef des folles » de Josse Badius, paru à Paris en 1501. L'œuvre qui nous occupe serait plus exactement désignée par : Eloge de la bouffonerie que par Eloge de la folie.

Pour Erasme, en effet, il y a deux folies : l'une bienfaisante et hilarante, la seule qu'il considère, l'autre malfaisante et terrifiante, qu'il se contente de citer en l'opposant à la précédente. Et c'est à l'allégorie qu'il recourt pour les décrire.

La folie malfaisante « est fille de l'enfer. Les furies vengeresses l'en font sortir avec leurs serpents pour allumer en nous les fureurs meurtrières des combats, la soif insatiable de l'or et des amours qui outragent la nature ; pour inspirer le parricide, l'inceste, le sacrilège ou quelque autre horreur de cette espèce, ou enfin pour enfoncer dans l'âme du scélérat les pointes du remords et les charbons de la terreur ».

La folie bienfaisante est fille de Plutus, le maître de tous les dieux et de tous les êtres, et de la jeunesse. Elle est née aux îles fortunées, où il n'y a ni travail, ni vieillesse, ni maladie. Elle a eu deux nourrices : l'ivresse et l'ignorance, et elle a pour cortège : l'amour-propre, l'adulation, l'oubli, la paresse,

la volupté, l'étourderie, le bien-être, la bonne chère et le sommeil.

Tout le livre n'est qu'un discours de la folie hilarante sur son origine, ses bienfaits et le ridicule de ceux qui prétendent se conduire d'après la raison. Elle est d'essence divine ; elle donne le bonheur qui consiste à ne songer à rien, à vivre dans l'ignorance et l'insouciance, à obéir aux passions qui sont inoffensives si l'autre folie ne les attise pas ; elle assure la sympathie, confère l'impunité, éternise la jeunesse, etc. Ceux qui la méprisent au nom de la raison sont des sots qui ne se rendent pas compte qu'ils lui doivent leur part de bonheur et de réussite ; sans irréflexion, pas de courage ni d'entreprise, sans illusion, pas de bonheur, etc.



Pour convaincre ses auditeurs, elle leur signale toute une catégorie d'êtres humains dont la conduite est entièrement conforme à ses enseignements, que tout le monde aime, à qui tout le monde permet tout. Ce sont ses sujets. Et c'est là l'unique catégorie de psychopathes que le psychiatre puisse identifier dans le récit d'Erasme. « Est-il d'êtres plus heureux que ceux à qui on donne des noms de fous, imbéciles, innocents, bêtes. Ils sont affranchis de la crainte de la mort, du remords, des soucis. La honte, la crainte, l'ambition, l'envie, l'amour sont des passions qu'ils ignorent. Quoiqu'ils fassent, ils ne pèchent pas. Tous les théologiens le disent. Ils sont toujours joyeux, chantants, riants, ils portent partout la joie, le plaisir, l'amusement, comme si les dieux dans leur bonté les avaient créés pour égayer le sombre tableau de la vie. Ils réunissent les affections de tous les hommes qui les caressent, les flattent, les nourrissent, les préservent des accidents, leur pardonnent tout. »

Il n'est pas besoin d'une grande compétence en psychiatrie pour reconnaître des arriérés mentaux sans perversité, dans ces individus, judicieux assez pour répondre avec une impertinence pertinente, mais trop peu pour que cette impertinence blesse, éducables assez pour vivre au sein de la société, mais trop peu pour s'y suffire. Mais c'est là bien peu de chose.

Certaines réflexions méritent d'être retenues, comme celle-ci. Toute erreur des sens ou de l'esprit n'est folie que lorsqu'elle est constante et d'espèce singulière. Le myope, qui, de loin, prend un âne pour un mulet n'est pas fou. C'est l'être que de trouver une délicieuse musique dans le braiement d'un âne, ou de se croire riche quand on est pauvre.

Au total, la recette de l'investigation psychiatrique dans l'*Eloge de la folie* est vraiment minime pour qu'on la poursuive au détriment du plaisir goûté par la lecture d'un satirique qui annonce Rabelais, Voltaire, Renan et Anatole France.

L'investigation psychiatrique des illustrations par Holbein n'est pas plus fructueuse. Les 83 vignettes ne sont que les amusantes caricatures nées dans l'imagination d'un lecteur sachant dessiner. Si le peintre de tant de portraits et du cadavre admirablement putréfié qu'est le Christ du musée de Bâle, y avait reproduit un malade mental observé d'après nature, l'exactitude de la reproduction nous imposerait le diagnostic.

On reconnaît bien parmi ces figures celles d'Erasme et de Maximilien. Par contre, on ne reconnaît pas ses propres traits dans ceux du goinfre épicurien, qui lutine une femme d'une main, boit de l'autre et au-dessus duquel on lit le nom Holbein. Plusieurs de ces personnages présentent des dysostoses et des stigmates de dégénérescence, parmi lesquels on pourrait reconnaître le syndrome décrit par Crouzon de la dysostose cléido-cranienne. Beaucoup sont petits, courtauds. Kretschmer pourrait en dire qu'ils sont pycniques, donc hypomaniaques et humoristes. Mais l'argument tombe, car Holbein a tendance à raccourcir la taille de ses modèles, même de ceux qu'il peignit si admirablement bien, d'après nature.

Pour conclure : il n'est pas certain qu'Erasme ni Holbein aient jamais arrêté leur attention sur de véritables malades mentaux. Mais ils ont vu des hommes dont aucun, même le plus équilibré, n'échappe à l'emprise de l'illusion, créant lui-même, à chaque instant sa représentation d'une réalité qu'il ne peut jamais saisir.

La cyclothymie de Marat

par M. J. LÉVY-VALENSI (de Paris)

Il est de circonstance de parler de cyclothymie dans un Congrès qui traite des états circulaires, et de Marat, né à Boudry, canton de Neuchâtel, devant des congressistes qui vont se réunir dans cette ville.

On admet généralement depuis Taine (1), que Marat fut un délirant paranoiaque, un persécuté-persécuteur, je n'y reviendrai pas. On sait moins que ce paranoïaque se doublait d'un cyclothymique.

Les éléments maniaques se décèlent chez Marat dans l'agitation, la logorrhée et la graphorrée du savant, comme du politicien, et peut-être aussi dans cette clairvoyance qui lui fit prophétiser la fuite de la famille royale, l'accord secret avec la Cour de Mirabeau, Barnave et Lameth, la désertion de La Fayette et la trahison de Dumouriez.

Marat se révèle mélancolique dans cette phrase : « Il est des moments dans la vie où l'on nourrit au fond du cœur un importun sentiment de tristesse qu'on porte partout avec soi » ; et dans cette affirmation de Panis, son collègue, au conseil de surveillance de la Commune, « il a passé six semaines assis sur une fesse, comme un fou dans son cachot, seul à seul avec son rêve ».

La première manifestation évidente de cyclothymie de Marat date de Londres, en 1774, lors des élections au Parlement d'Angleterre. Marat apparaît alors hypomaniaque dans son activité publique, la publication de pamphlets et la rédaction de sa brochure, « Les chaînes de l'esclavage ». Il y travaille trois mois, à raison de vingt et une heures par jour ; à cette période d'excitation succède une période de dépression allant jusqu'à la torpeur.

Il est probable qu'en pleine activité scientifique, de 1782 à

(1) TAINE. — La Psychologie des chefs Jacobins. *Revue des Deux-Mondes*, 1884.

1783, il fit un autre accès, mais là nous manquons de détails.

La *grande crise cyclothymique* de Marat s'étend sur la plus grande partie de sa vie politique, de 1788 à 1792 ; je ne puis qu'en indiquer les principales phases renvoyant pour les détails à une conférence récente, qui sera publiée le 15 octobre 1936 dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris.*

La cyclothymie de Marat va être rythmée à la cadence de la Révolution.

En 1788, déçu dans ses espoirs scientifiques, réduit à l'indigence, Marat est en pleine *dépression,* il se croit à la veille de sa mort et remet son testament à son ami Bréguet ; la nouvelle des proches Etats Généraux, aurore de la Révolution, « ranime son courage » et va commencer alors une longue période d'agitation insolite, qui sent la manie ; indiquons seulement, sans y insister, les phases de cette hyperactivité.

En février 1789, il écrit l'*Offrande à la Patrie;* en mars, supplément à l'*Offrande à la Patrie,* puis lettre à la Commune, réclamant le rappel de Necker ; dès le 4 mai, jour de la réunion des Etats Généraux, Marat atteint de graphorrhée, écrit à vingt des principaux députés ; le 14 juillet, il arrête un détachement de dragons sur le Pont-Neuf ; le 19, il sollicite du district des Carmes la direction d'un journal ; quelques jours plus tard, il injurie un officier du Comité de Police qui n'accueille pas une même demande ; en août, il lance un numéro qui sera unique, du « Moniteur patriote » ; le 29 août paraît son « Projet de déclaration des droits de l'homme suivi d'un projet de constitution ». Le 8 septembre, premier numéro du *Publiciste Parisien,* qui sera bientôt le trop célèbre « *Ami du Peuple* ». Là, comme dans ses Pamphlets, il attaque successivement la Commune, Necker, La Fayette. Obligé de fuir une première fois à Versailles sous mandat d'arrêt, il va, les 11 et 12 octobre 1789, à l'Assemblée Nationale, veut prendre la parole à la Tribune puis dirige les manifestations bruyantes du public.

Sa deuxième fugue le porte en Angleterre, où il séjournera de février à mai 1790, et d'où il écrira une « deuxième dénonciation contre M. Necker » et « Appel à la Nation ».

De mai à juin, de retour en France, son activité semble s'être un peu assagie, cependant il crée à côté de « l'Ami du Peuple », le « Junius Français », qui aura 13 numéros. Ses offres de collaboration à la Constituante ayant été repoussées, paraissent les célèbres pamphlets sanguinaires : infernal

projet des ennemis de la Révolution, c'en est fait de nous, l'affreux réveil, etc...

Poursuivi le 31 juillet 1790 pour crime de lèse-Nation, Marat va se cacher durant plusieurs mois, tout en continuant ses publications.

En avril 1791, crise de dépression. Le 16, il écrit à Bréguet : « Tout est perdu, mon bon ami, — nous sommes à la veille d'une catastrophe... », il annonce son prochain départ pour Londres ; mais tout s'éclaircit et Marat reprend son activité jusqu'au 14 septembre 1791. Alors, poursuivi par le graveur Marquet, dont il paraît, avoir détourné la maîtresse, il fuit vers l'Angleterre. Il s'agit bien là d'une fugue anxieuse. En effet, à Amiens, il croit voir des espions prêts à l'égorger ou du moins à l'arrêter ; il fuit droit devant lui dans les champs, le long de la Somme, et tombe épuisé, assis sur un tas de pierres, « comme Marius, écrira-t-il, sur les ruines de Carthage ».

Bientôt rassuré, il regagne Paris. En octobre, l'ouverture de la Législative lui donnant des espoirs, on marque une rémission. Il fait encore en vain ses offres de service. En décembre 1791, de nouveau déprimé, Marat part pour l'Angleterre, où il séjournera jusqu'en mars 1792.

Il reprend alors ses propos incendiaires et est, le 3 mai, décrété d'accusation. Nouvelle fugue à travers Paris.

Le 22 juillet, c'est une grande crise de dépression qui s'exprime dans « l'Ami du Peuple » ; quelques jours plus tard, le 9 août, il lance son appel aux Fédérés.

A partir de ce moment, Marat, pour la première fois, va jouer un rôle important dans la République. Après le 10 août, il est Commissaire-adjoint au Comité de Surveillance de la Commune, puis député à la Convention Nationale. Le 25 septembre, dans son *Journal de la République*, il fait preuve d'équilibre mental. Puis, c'est la lutte contre les Girondins ; Marat d'abord attaqué, attaque à son tour et triomphe.

Quand, le 2 juin, après la proscription des Girondins, il demande à être suspendu de ses fonctions, fait-il une nouvelle crise de dépression ? Est-il seulement terrassé par sa dermatose, nous ne saurions le dire, le couteau de Charlotte Corday ayant mis fin à notre observation.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus

par M. le Prof. M. Minkowski (de Zurich)

Pendant un nombre d'années, j'ai étudié d'une manière systématique les mouvements, les réflexes et les réactions musculaires du fœtus humain, en suivant, à partir des stades les plus précoces, leur évolution au cours des phases successives du développement fœtal et en examinant leurs relations avec les stades correspondants de différenciation morphologique du système nerveux. J'ai exposé les résultats de mes recherches dans une série de travaux, où j'ai décrit en même temps l'origine du matériel, les conditions et méthodes d'examen, etc. Je me borne donc ici à rappeler que mon matériel provenait d'interruptions précoces de la grossesse par opération césarienne, en cas d'indications médicales diverses, c'est-à-dire de dangers graves menaçant la vie ou tout au moins la santé, physique ou psychique, de la mère (cas de tuberculose avancée, de maladies du cœur, de néphrite, d'épilepsie, d'éclampsie, de chorée, etc.). L'opération était exécutée le plus souvent sous anesthésie locale, et le fœtus, extrait des parois abdominales et utérines aussi vite que possible, soit

(1) M. Minkowski. — *Rev. neur.*, 1921 ; *Schweiz. Med. Woch.*, 1922 ; L'état actuel de l'étude des réflexes, Masson et C°, 1927 ; Neurobiologische Studien am menschlichen Foetus dans Handbuch der biolog. Arbeits methoden herausgegeben von *Abderhalden,* Abt. V, Teil 5, B., 1928. *Roczn. Psychjatr.,* 1933 (en polonais).

tout seul, après ouverture de l'amnios et ligature du cordon ombilical, soit avec le cordon et le placenta, était aussitôt placé dans un bain avec de la solution physiologique de sel à température intra-utérine, soit environ 40 degrés de Celsius. Le liquide était renouvelé de temps en temps, pour maintenir autant que possible une température favorable à la manifestation de la motilité fœtale.

Dans ces conditions, sans parler des mouvements rythmiques du cœur, que Pflüger avait vus déjà chez un embryon dont il estima l'âge à 18 à 20 jours, et que j'ai observés moi-même sur de nombreux fœtus à partir d'une longueur de 2 cm., la plupart des fœtus examinés, à partir d'une longueur totale de 4 à 5 cm. ou d'un âge d'environ deux mois, exécutent immédiatement après l'extraction de l'utérus, *des mouvements plus ou moins caractéristiques de la tête, du tronc et des extrémités.*

Ces mouvements sont en général lents, souvent d'un caractère vermiculaire particulier, asymétriques, arythmiques, pour ainsi dire amorphes, et d'un faible effet locomoteur. Ils s'étendent à la partie proximale ou distale des extrémités, à un seul membre ou à plusieurs, en passant souvent de l'un à l'autre et en donnant aussi lieu à des effets consécutifs opposés. C'est ainsi que la tête peut être tournée de côté, relevée ou abaissée, le tronc incurvé et redressé, les extrémités partiellement fléchies ou étendues, rapprochées ou éloignées l'une de l'autre et du tronc, tournées en dedans ou en dehors, et que tous ces effets peuvent aussi se produire d'abord dans un sens, puis dans le sens opposé. Dans plusieurs cas, j'ai même observé des petits mouvements isolés des doigts. En comparant ces mouvements à des phénomènes similaires connus en clinique, on a toute raison de les *rapprocher des mouvements athétosiques* de l'enfant ou de l'adulte, dont la lenteur, l'arythmie, l'irrégularité, la petite amplitude et la propagation successive d'un membre à l'autre sont également les traits caractéristiques. Cependant, de temps à autre, surtout en appliquant des excitations extérieures, les mouvements décrits, lents et petits, sont entrecoupés par d'autres, plus rapides et plus brusques, plus intenses et d'une amplitude plus grande, qui correspondent ainsi évidemment *aux mouvements choréiques* en neurologie clinique. Ce type de mouvements devient plus fréquent avec l'âge, notamment chez des fœtus de 4 à

6 mois. Ce sont sans doute des mouvements de cet ordre surtout que la femme enceinte ressent à travers les parois abdominales.

D'une manière générale, les mouvements et réflexes du fœtus s'éteignent rapidement, quelques minutes tout au plus après l'extraction, sans doute par suite d'une asphyxie progressive du fœtus détaché de sa mère, après quoi seuls des phénomènes idio-musculaires, par excitation directe des muscles, persistent encore pendant une période plus ou moins longue.

Par rapport au système nerveux fœtal, j'ai défini la phase d'apparition des mouvements et réflexes du fœtus chez des individus de 4 à 5 cm. de longueur comme *phase de transition neuro-musculaire,* qui suit les phases précédentes — la phase germinale, la phase embryonnaire ou d'ébauche des organes et la phase fœtale initiale ou de motilité aneurale, idio-musculaire. Ce qui caractérise cette phase au point de vue du mécanisme intime des fonctions motrices, c'est un début de participation et d'influence du système nerveux, à savoir de la moelle et du bulbe, sur ces fonctions, influence pourtant encore très inconstante, labile et partielle, se manifestant dans une partie seulement des réactions, et seulement tant que l'excitabilité reste à l'optimum. Cette influence se raffermit pendant la phase suivante du développement fœtal — chez des individus de 5 à 16 centimètres de longueur totale ou âgés d'environ deux à quatre mois — que j'ai appelée *phase fœtale précoce ou spino-bulbaire,* vu que désormais l'intervention de la moelle et du bulbe dans les mouvements et réflexes du fœtus devient plus ou moins régulière, tandis que les parties plus élevées du névraxe n'y prennent pas encore part. Dans les réactions motrices de cette phase, en particulier les réflexes à des excitations extérieures, on peut déjà distinguer d'un côté une tendance à l'irradiation à des parties plus ou moins étendues de l'organisme fœtal jusqu'à la généralisation, de l'autre, une tendance à la différenciation, à la concentration et à la limitation, par l'établissement de voies de conduction particulières et l'apparition de réactions réflexes de type spécial (réflexes de flexion ou d'extension, réflexes croisés et diagonaux, réflexes du dos, réflexes oraux, réflexes labyrinthiques, etc.).

Que pendant cette période les mouvements du fœtus pré-

sentent en général le caractère athétoïde que nous venons de signaler plus haut, cela me paraît d'un grand intérêt général. Nous pouvons en déduire tout d'abord que des mouvements athétoïdes peuvent se produire sans aucune intervention, normale ou pathologique, des parties supérieures du névraxe, en particulier du cervelet et de ses pédoncules, du cerveau moyen, de la couche optique, des ganglions de la base et de l'écorce, parties que l'on a toutes mises en cause pour expliquer l'athétose et la chorée pathologiques de l'adulte. En d'autres termes, ils sont possibles à un niveau très précoce et très bas de l'échelle motrice, comme à différents niveaux plus élevés. C'est dire que la localisation de ces troubles n'a en général rien de spécifique. Ce qui les détermine, ce sont évidemment des conditions fonctionnelles, dynamiques, indépendamment de toute localisation particulière.

Ces conditions athétosogènes, quelles sont-elles ? A ce point de vue, l'apparition des mouvements athétoïdes à une période de transition, neuro-musculaire, me paraît très significative. Ne faut-il pas en déduire tout d'abord que la condition essentielle pour l'apparition de mouvements athétosiques chez le fœtus consiste en un état labile de relations fonctionnelles entre différents facteurs qui entrent en jeu dans la production de ses mouvements, dans l'espèce entre *le facteur nerveux d'un côté, et musculaire de l'autre,* le premier n'intervenant encore que d'une manière instable et irrégulière dans les fonctions du second. D'ailleurs, abstraction faite de ces relations, les muscles se trouvent eux-mêmes à cette période dans un état de labilité fonctionnelle prononcée. En effet, plus il s'agit de fœtus jeunes, plus le sarcoplasme, aux contractions lentes, monotones et automatiques prévaut par rapport aux myofibrilles à contractions rapides et variables (Weiss), qui se développent en général plus tard (bien que, d'après W. K. Lewis, elles soient déjà complètement constituées chez un fœtus humain de dix semaines) ; plus il influence aussi, par rapport aux myofibrilles, la forme de la contraction musculaire. En tout cas, il y a lieu d'admettre, comme je l'ai déduit aussi de l'étude de l'excitabilité électrique des muscles fœtaux, que ces deux éléments de contraction musculaire, le sarcoplasme et les myofibrilles, interviennent simultanément et dans une proportion réciproque variable dans la production des mouvements du fœtus.

Passons cependant aux stades ultérieurs du développement fœtal. Le caractère athétoïde des mouvements fœtaux reste parfaitement net *pendant la phase suivante, spino-bulbaire* (chez des fœtus de 2 à 4 mois), au cours de laquelle la participation de la moelle et du bulbe aux fonctions motrices devient plus stable. Mais, en réalité, cette participation n'en demeure pas moins encore relative et labile, elle ne se manifeste que dans des conditions particulièrement favorables et disparaît rapidement après l'extraction, en abandonnant le champ aux phénomènes idio-musculaires, plus tenaces. Par ailleurs, là aussi, ce qui importe, ce n'est pas seulement le caractère, plus ou moins stable, des relations fonctionnelles entre différents facteurs qui entrent en jeu, mais aussi leur caractère propre particulier.

A ce point de vue, si l'on considère l'état de différenciation histologique de la moelle et du bulbe pendant cette période du développement fœtal, on peut facilement constater que leurs éléments se trouvent dans des stades encore précoces de leur évolution.

Même les éléments les mieux différenciés de la moelle, à savoir les groupes de cellules des cornes antérieures, sont encore à une phase relativement précoce des neuroblastes ; elles contiennent à peine quelques fibrilles périnucléaires, leurs axones, c'est-à-dire les racines antérieures et les nerfs moteurs, sont encore complètement dépourvus de gaines de myéline. On entrevoit donc aisément que si des cellules et fibres nerveuses de cet ordre interviennent déjà dans la production de mouvements et de réflexes, elles ne peuvent cependant le faire que d'une manière imparfaite et incertaine, sans rythme régulier ni coordination supérieure, sans même innervation réciproque régulière entre les muscles agonistes et antagonistes, qui caractérise les fonctions motrices ultérieures (1). On comprend aussi sans difficulté que les mouvements qui en résultent aient ce caractère lent, asymétrique, arythmique

(1) En effet, ce n'est, par exemple, que chez un fœtus de 19 cm. de longueur, c'est-à-dire de plus de quatre mois, que j'ai constaté des phénomènes caractéristiques d'inhibition réciproque aux deux jambes (observés également par *Graham Brown* sur des fœtus du chat) ; le pincement d'un pied déterminait une flexion de la jambe excitée et une extension de la jambe croisée, et ces effets étaient supprimés par une excitation consécutive du pied de celle-ci, qui déclenchait dans les deux jambes des effets contraires aux précédents.

et incoordonné que nous avons décrit plus haut. D'autre part, la nature peu différenciée et l'extrême densité des cellules de la couche grise nucléaire de la moelle à cette époque, alors que les longues voies de conduction ne sont guère encore constituées, se prêtent évidemment bien à une irradiation plus ou moins diffuse, sans règle déterminée, des excitations et des réactions motrices que celles-ci suscitent. Elles se prêtent aussi à leur propagation d'une partie du corps à d'autres, voisines, avec retour fréquent au membre et à la position de départ, comme on le voit aussi souvent dans les mouvements athétosiques.

Après la phase bulbo-spinale, j'ai caractérisé les phases suivantes du développement fœtal comme *phase fœtale moyenne* ou tegmento-spinale, comprenant des fœtus de 15 à 30 cm. de longueur, soit âgés de 4 à 6 mois, et *phase fœtale tardive* ou pallido-mésencéphalo-cérébello-tegmento-bulbo-spinale, se rapportant à des fœtus depuis l'âge de six mois jusqu'à la naissance. La première est caractérisée par un nouveau facteur entrant en jeu — une première influence fonctionnelle de facteurs supra-spinaux, notamment de la formation réticulée de la calotte du bulbe et du pont, qui agit sur la moelle par l'intermédiaire de voies descendantes — fibres réticulo-spinales et deitéro-spinales, faisceau prédorsal, faisceau fondamental antérieur du bulbe et de la moelle. Pendant la phase tardive, le cervelet, le cerveau moyen, les ganglions de la base, en particulier le pallidum (ou paléo-striatum), commencent à fonctionner à leur tour, en s'insérant également dans le circuit fonctionnel, toujours plus complexe, des mouvements. Là aussi, les relations fonctionnelles de ces divers facteurs sont encore très instables, et eux-mêmes encore en pleine voie d'évolution, morphologique et fonctionnelle. C'est dire que jusqu'à la naissance (et même après) les conditions de fonctionnement moteur restent mouvantes, variables et incertaines, état de choses que nous avons reconnu comme essentiel dans la pathogénie de mouvements athétosiques. En effet, on en voit encore chez le fœtus plus âgé, jusqu'à la naissance, et chez le nouveau-né, bien qu'ils soient devenus plus rapides et mieux coordonnés.

Pour ce qui est des mouvements choréiformes, il y a lieu de reconnaître, chez le fœtus, comme chez l'adulte, leurs relations particulières avec les mouvements athétoïdes, puisque ces deux catégories de mouvements coexistent souvent. Que les

mouvements choréiformes s'accentuent pendant des périodes plus tardives du développement fœtal, à partir d'un âge de 4 à 6 mois, tandis que les mouvements athétoïdes deviennent plutôt moins prononcés, cela semble démontrer qu'ils se produisent en général à un niveau plus élevé de l'organisation nerveuse du mouvement que ces derniers. D'ailleurs, il semble bien naturel que le caractère plus intense, plus rapide, plus ample et mieux déterminé des mouvements choréiformes présuppose un degré plus avancé d'organisation motrice, à partir des muscles, mais notamment dans le système nerveux. Cependant, là encore on ne peut point parler d'un niveau apécial, puisque les mouvements choréiformes apparaissent dès la phase bulbo-spinale, et qu'ils sont déjà très nets pendant la phase suivante, tegmento-bulbo-spinale, en se maintenant pendant la phase tardive, pallido-mésencéphalo-tegmento-bulbo-spinale, jusqu'à la naissance.

Cependant, si un état labile des relations fonctionnelles entre différents facteurs qui entrent en jeu dans la production de mouvements paraît essentiel pour l'apparition de mouvements involontaires, surtout de l'athétose, il ne semble guère qu'il suffise à lui seul pour la déterminer. Il faut évidemment, en outre, qu'une excitation ou une série d'excitations agisse sur un système de facteurs ainsi constitué. En effet, après l'extraction, le fœtus se trouve dans un état d'excitation continue, puisque, incapable de respirer par ses propres moyens, il manque de plus en plus d'oxygène et d'autres substances contenues dans le sang maternel, tandis que l'acide carbonique est à l'excès. Il est donc en proie à des excitations qui relèvent du métabolisme, des humeurs, en particulier du sang (blood-stimuli des auteurs anglais) ou d'autres facteurs viscéraux du domaine de la sensibilité intéroceptive, excitations qui agissent sur les muscles d'abord directement, ensuite par l'intermédiaire du système nerveux. Et c'est là notamment qu'elles trouvent, chez le fœtus. les conditions particulières propres à déterminer des mouvements athétoïdes ou choréiformes.

Tout en parlant de mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus, il ne faut pas croire cependant qu'ils correspondent exactement aux mouvements involontaires de cet ordre chez l'adulte. Entre des phénomènes du développement physiologique normal et les phénomènes involutifs de dissolution pathologique les plus rapprochés, il y a toujours et

nécessairement — pour des raisons sur lesquelles je ne puis insister ici — une *incongruence* plus ou moins grande. Si bien que tout cas d'isolement pathologique ultérieur chez l'adulte ne réalise pas une véritable régression à une phase fœtale ou infantile, mais plutôt un anachronisme, dépourvu de système et d'intégration naturelle dans un cadre fonctionnel. En effet, les mouvements involontaires pathologiques de l'adulte sont beaucoup plus fragmentés, plus bizarres et plus raides que leurs prototypes fœtaux, qui, malgré leur caractère indécis et irrégulier, présentent néanmoins un certain degré d'intégration et de plasticité.

Récemment, Coronios, en étudiant d'une manière systématique les mouvements du fœtus du chat (de même que Windle et Griffin, Longworthy et d'autres), a également constaté que, dans les stades précoces, ces mouvements sont relativement incoordonnés, faibles, diffus et variables, pour devenir plus vigoureux, mieux coordonnés et plus individualisés dans la suite. Là aussi, il s'agit évidemment d'une succession de mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus. Je ne peux pas insister davantage ici sur les analogies des mouvements du fœtus humain avec ceux des fœtus de différents animaux, qui ont été beaucoup étudiés récemment, surtout en Amérique.

En 1925, à Paris, j'ai eu l'honneur de présenter à ce même Congrès une contribution expérimentale à l'étude des mouvements involontaires, surtout de l'athétose (1). Il s'y agissait de mouvements athétoïdes dans les pattes antérieures, surtout celle du côté opposé à l'opération, chez plusieurs chats qui avaient subi des ablations opératoires de la région motrice du cerveau, ou du champ des pyramides géantes, dans les deux circonvolutions sigmoïdes, avec dégénération secondaire consécutive du faisceau pyramidal et d'autres voies, corticofuges et corticopètes. Le corps strié, la couche optique, le noyau rouge, le cervelet ni d'autres formations extra-pyramidales n'avaient pas été primairement lésées. En analysant ce résultat et en le confrontant avec des données cliniques et anatomo-pathologiques sur l'athétose et la chorée, ainsi qu'avec

(1) Voir aussi *in extenso* : M. Minkowski. — Experiment. und anatom. Untersuch. zur Lehre von der Athetose. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 102, 1926, p. 650-718.

mes observations sur les mouvements du fœtus humain, je suis arrivé à cette conclusion que *dans l'athétose pathologique comme mutatis mutandis dans la chorée, il ne s'agit ni d'un simple phénomène d'excitation, ni de libération de centres inférieurs, ni d'un simple trouble de régulation proprioceptive, mais d'un symptôme général de désorganisation et de déséquilibre fonctionnel et dynamique, relevant du système sensitivo-moteur dans son ensemble et ses interactions avec des facteurs végétatifs, endocriniens et humoraux.* En ce qui concerne la localisation, des symptômes de cet ordre peuvent être déterminés dans certaines conditions par des lésions de siège différent atteignant un des chaînons essentiels de ce système ou affectant sa coopération avec d'autres. Depuis, ce point de vue a été adopté et confirmé par Littmann, à la suite d'expériences sur des chats. Au point de vue physio-pathologique, je me suis associé à l'opinion d'auteurs tels que Monakow, Niessl von Mayendorff, Wilson et d'autres, qui font ressortir les relations étroites des mouvements athétoïdes et choréiformes avec des troubles du tonus, de l'innervation réciproque des agonistes, des antagonistes et synergistes, et d'autres éléments primordiaux du mouvement.

Je suis heureux de constater que M. Christophe, dans son beau rapport sur la séméiologie, l'étiologie et la pathogénèse des mouvements choréiques, arrive en général à des conclusions rapprochées de celles que j'avais développées, puisqu'il est aussi d'avis que des lésions de siège différent sont susceptibles d'aboutir au désordre moteur choréique, et qu'il critique notamment, à juste titre, et rejette la théorie striée pure des mouvements involontaires.

En ce qui concerne la théorie sous-corticale ou la théorie corticale de ces mouvements, que M. Christophe, avec quelques réserves, adopte comme la sienne, en concluant à la nature corticale du mouvement choréique, je tiens à dire, pour terminer, que, chez le fœtus du moins, des mouvements athétoïdes et choréiformes se produisent certainement à un niveau sous-cortical, bien avant que l'écorce soit entrée en fonction, et même à un niveau bulbo-spinal. Toutefois, il faut retenir que le mouvement choréique correspond à un niveau fonctionnel et anatomique plus élevé que le mouvement athétosique. Il faut aussi se rappeler que, chez l'enfant et l'adulte, avec la migration générale des fonctions vers les hémisphères cérébraux, qui caractérise l'évolution phylo- et ontogénique

dans la série animale et chez l'homme, l'écorce cérébrale participe de plus en plus à toutes les fonctions, motrices et autres, en empiétant ainsi toujours davantage sur l'autonomie et l'activité des centres sous-corticaux. On peut donc entrevoir qu'une lésion du cortex puisse avoir ses répercussions jusque dans le domaine des mouvements involontaires, comme dans celui des réflexes, allant jusqu'à rendre plus ou moins impossibles des phénomènes de cet ordre. Toutefois, il s'agirait, dans un pareil cas, de phénomènes d'inhibition, d'isolation ou de diaschise partant de l'écorce, et non d'un rapport spécifique et indissoluble entre le cortex et les mouvements involontaires.

(*Travail de l'Institut d'Anatomie Cérébrale de l'Université de Zurich.*)

Etude clinique et projection d'un cas d'Hémiballisme. De la localisation des lésions qui provoquent les mouvements choréïques

par M. J.-A. Barré (de Strasbourg)

Voici tout d'abord un exposé succinct de l'histoire clinique d'un sujet atteint d'hémiballisme que j'observe depuis un an et dont les principales caractéristiques vont vous être présentées sur un film.

Il s'agit d'un homme de 42 ans qui fut pris, le second jour d'une cure qu'il faisait (en août 1935) dans une ville d'eau, pour son hypertension (210 max.), de mouvements anormaux du bras et de la jambe gauches, qu'il ne pouvait arrêter. En même temps se développait un gonflement du dos de la main gauche, qui montait bientôt jusqu'au coude (MM. Lhermitte et Garcin ont déjà observé ce phénomène chez des malades étroitement comparables au nôtre) ; M. V... n'eut aucun vertige, mais ressentit parfois une légère pulsion en arrière et à gauche. Les mouvements choréiques sont toujours violents et à peu près constants ; ils sont plus amples au membre supérieur qu'au membre inférieur, et atteignent la racine autant que la périphérie ; ils sont singuliers par leur brusquerie, leur forme qui contraste souvent avec celle des mouvements normaux habituels, leur limitation fréquente à un doigt, etc., etc. (1).

Hypotonie : au repos, la main gauche fait avec l'avant-bras, tenu verticalement, un angle plus aigu qu'à droite ; la pression sur cette main augmente plus qu'à droite cette

---

(1) Dans cet exposé réduit, nous avons omis volontairement ce qui a trait à l'hémiface gauche ; l'analyse ne pouvait s'en faire en quelques lignes.

flexion, mais au delà d'une certaine fermeture de l'angle, une douleur vive apparaît ; il y a une certaine hyperextensibilité musculaire mais hors de proportion avec le ballottement excessif.

Au ballottement, hypotonie de la main gauche. Pendant la marche, sorte d'inertie de tout le membre supérieur gauche qui bat frontalement contre le côté du corps. Pendant le retournement brusque du corps, le bras gauche décrit une vaste courbe loin du corps. Ces derniers phénomènes illustrent ce que nous avons dit ce matin même du mouvement choréique en général et montrent l'utilité d'analyser plus que par le passé l'hypotonie du choréique.

La *consistance* des muscles du bras gauche est un peu abaissée; les *réflexes tendineux* de ce côté nettement diminués en 1935, à peu près normaux en ces derniers mois, sont variables d'un moment à l'autre au cours d'un même examen; parfois le réflexe tricipital est pendulaire, parfois presque nul.

Les épreuves cérébelleuses, pratiquées un grand nombre de fois au cours de l'année, ont donné à peu près régulièrement les résulats suivants: Epreuves des Marionnettes et du Retournement de la main gauche, quelquefois très correctes, mais le plus souvent troublées par les mouvements choréiques.

Epreuve du doigt au nez et au lobule de l'oreille (André-Thomas) : le bout de l'index gauche arrive exactement et d'emblée au point désigné, mais avec une certaine brusquerie; il n'y a pas de dysmétrie, pas d'hésitation, pas de crochet, pas de tremblement, bref aucun élément que l'on doive rapporter à un trouble réellement cérébelleux ; de temps en temps, mais beaucoup moins souvent que dans les épreuves précédentes, un mouvement choréique fait dévier la main en dehors ; on sépare avec une grande netteté dans cette épreuve la correction ordinaire du mouvement volontaire (non cérébelleux) et l'incorrection intercurrente d'un mouvement choréique parasite.

Aucun trouble des sensibilités superficielle ou profonde ; aucune faiblesse traduisant un déficit pyramidal ; mais composition de l'attitude de la main gauche dans l'épreuve du serrement, nettement anormale, du fait, croyons-nous, de l'hypotonie musculaire.

Equilibre : aucun trouble de l'équilibre des yeux, aucun nystagmus. Dans l'épreuve du fil à plomb, légère déviation du

corps vers la gauche alors que le sujet a l'impression d'aller à droite. Epreuves vestibulaires : calorique froide : seuil à 80 cc. à droite, à 60 cc. à gauche. Calorique chaude : 100 cc. à droite, 80 cc. à gauche ; réactions de type et d'intensité normale. Epreuve voltaïque : seuil des réactions, 3 MA. à droite, 2 MA à gauche.

Epreuve rotatoire (classique). Nystagmus post-rotatoire : 25" après rotation droite, 30" après rotation gauche. Nystagmus optocinétique normal dans toutes les directions.

Il ressort de cet exposé schématique que notre sujet atteint d'hémiballisme n'a pas de troubles cérébelleux, que malgré sa légère latéropulsion du côté des mouvements choréiques, il n'a pas de troubles des réflexes vestibulaires instrumentaux (1).

Où se trouve la lésion qui a provoqué cet hémiballisme ? A s'en rapporter aux documents publiés jusqu'ici, et en y ajoutant une observation toute récente du Professeur O. Vogt et de Mme Cécile Vogt (communication orale), on peut tenir pour acquis qu'une lésion du corps de Luys, du côté opposé à l'hémiballisme, est susceptible de provoquer les mouvements choréiques et dans un grand nombre de cas de les provoquer à elle seule.

Nous pensons que cette donnée ne doit pas être perdue de vue quand on discute le problème topographique des lésions de la chorée. L'hémiballisme n'est rien autre qu'une grande hémichorée de l'adulte ; il est donc vraisemblable que si l'on trouve à l'autopsie des chorées inflammatoires de l'enfant ou de l'adolescent, des lésions concomitantes au cortex, au striatum, au système pallido-nigrique, au corps de Luys, celles de ce noyau doivent dominer les autres dans l'explication des troubles choréiques. Cette région dont on connaît une partie des riches connexions avec les centres susjacents, est ou bien seule lésée et agit comme on le sait, ou bien reçoit de divers centres associés des incitations qui conditionnent le trouble choréique. On peut s'expliquer ainsi que le syndrome luysien isolé s'exprime par des mouvements choréiques purs ; et qu'on puisse observer des syndromes mixtes ou des complexes, quand il s'est surajouté à la lésion luysienne des altérations du cortex,

(1) Cette observation a été poursuivie en collaboration avec Mlle Helle, M. Charbonnel et M. Kabaker.

du striatum, du pallidum. Alors, les mouvements athétosiques du striatum, les contractures spéciales du pallidum peuvent se combiner de plusieurs manières avec le mouvement choréique et l'hypotonie qui l'accompagne pour créer toute une série de modalités cliniques qui dénaturent ou masquent plus ou moins le mouvement choréique. Il y aurait intérêt à les analyser et à les dissocier cliniquement pour pouvoir remonter à travers eux aux lésions qui leur ont donné naissance.

Nous tenions à faire connaître devant les membres de ce Congrès l'attitude que nous avons prise en face de ce problème et, parmi les directions où les recherches peuvent se poursuivre, celle que nous avons choisie.

Une fois de plus, nous nous rendons compte que le problème anatomopathologique topographique en question ne pourra être utilement discuté qu'après un retour à la clinique, la mise en œuvre d'une séméiologie améliorée qui nous fournira une documentation plus riche sur les faits qu'il s'agit d'interpréter.

Mouvements choréiques bilatéraux tardifs au cours de l'évolution d'une tumeur de la région pédonculoquadrigéminale

par MM. Henri Roger, Marcel Arnaud et Jean Paillas
(de Marseille)

Depuis la thèse de Gonnet (Lyon, 1909-1910), qui a réuni quelques observations de tumeurs de la région hypothalamique accompagnées de mouvements choréiques, peu d'observations analogues ont été recueillies malgré la floraison des travaux de l'école neuro-chirurgicale.

Les cas de Libert (1911), de Mac Leade (1912), de Ferry, Cadoré et Fainsi (1912) concernent des tumeurs de la région frontale.

Le cas de Cornil et Kissel (Soc. Neur., 6 juin 1929, *in Rev. Neur.*, p. 1181-1184) a trait à une jeune fille de 18 ans qui, au cours d'une tumeur du tractus pharyngohypophysaire (poche de Rathke), réalise un syndrome hémichoréique droit, transitoire, d'apparition rapide, caractérisé par des mouvements brusques et involontaires de la face, du bras et du membre inférieur, puis des crises faciales jacksoniennes ; les troubles disparaissent après la trépanation décompressive.

L'observation suivante nous paraît digne d'être apportée aux débats ouverts à ce Congrès sur les chorées.

Ben... Louis, âgé de 15 ans, entre à la Clinique Neurologique le 21 novembre 1935, se plaignant de mouvements anormaux et de troubles visuels.

Les mouvements sont de faible amplitude, ils sont vifs, brusques, siègent aux membres supérieurs et inférieurs, mais respectent la face et le tronc, ils n'empêchent cependant pas la marche non plus que l'alimentation et l'écriture. Ils sont exagérés par les mouvements volontaires et par l'émotion.

En outre, Ben... ressent des tiraillements dans les doigts, une constriction au niveau des cuisses et des genoux. Le coude gauche

est franchement douloureux depuis un mois : cette douleur ne cède pas avec le sommeil ni le repos. Seul un mouvement rapide du bras se pliant sur l'avant-bras, qu'il survienne de façon volontaire ou involontaire, semble soulager cette douleur.

Les troubles visuels consistent en amblyopie : le petit malade ne pourrait y voir sans lunettes. Il sait également qu'il est atteint de strabisme, bien qu'il n'accuse aucune diplopie. Dans le fond des yeux existe une sensation de tiraillements pénibles.

Le jeune B... éprouve enfin des céphalées violentes fronto-pariétales, sans prédominance unilatérale, davantage marquées le matin, accompagnées parfois de nausées et de vomissements.

Le sommeil est très bon (sauf les moments où il est interrompu par la douleur cubitale), trop bon même puisque l'enfant dormirait de 10 à 12 heures la nuit et l'après-midi très régulièrement 3 heures, le sommeil est profond, sans rêve ni cauchemar ni agitation. D'ailleurs, dès qu'il est au repos, il s'endort. L'appétit est extrêmement bon et son augmentation considérable frise la polyphagie. Il n'y a pas de polydipsie nette, mais de la pollakiurie.

Le DÉBUT remonterait à 5 ou 6 mois, il s'est fait par les céphalées décrites plus haut, qui se sont bientôt accompagnées de somnolence et de vomissements. Le strabisme et l'amblyopie sont enfin apparus depuis trois mois. Le Docteur Sédan, consulté alors, prescrit des lunettes pour lire, mais le strabisme persiste.

Les mouvements anormaux et les sensations douloureuses et paresthésiques ne sont apparus que depuis quinze jours, il n'y a jamais eu de fièvre. Actuellement les maux de tête auraient légèrement diminué, mais ils réapparaîtraient lorsque le regard se tourne vers la lumière.

Dans les ANTÉCÉDENTS, aucune maladie n'est à signaler et notamment aucune convulsion, ni méningite ni encéphalite. Le père et la mère ne paraissent entachés d'aucune tare. Il y a 4 frères ou sœurs en bonne santé, mais trois fausses couches chez la mère.

Examen. — Les *mouvements anormaux* des bras et des jambes sont d'amplitude variable, plutôt faible, ils prédominent sur les doigts et les mains où le pianotement, la flexion, l'extension, la pronation se succèdent alternativement. Ces mouvements s'étendent parfois au coude et à l'épaule. Ils sont involontaires, désordonnés, d'allure illogique, s'accentuent par les efforts, les émotions, et en un mot présentent tous les caractères que l'on a coutume d'assigner à la chorée de Sydenham. Cependant quelques pianotements des doigts offrent davantage l'aspect myoclonique que choréique. La face et le tronc n'en présentent jamais.

Aux *membres supérieurs,* il existe un très léger déficit moteur gauche, révélé seulement de façon très discrète dans l'épreuve du serment. Il n'y a pas de raideur du coude gauche, pas de douleur

à la mobilisation ni à la pression. Les réflexes stylo-radiaux, bicipitaux, tricipitaux sont peu vifs des deux côtés. On note une légère adiadococinésie gauche sans dysmétrie. L'épreuve de Barany de l'index s'accompagne de mouvements moins rapides à gauche, mais sans déviation. L'épreuve de Holmes-Stewart est égale des deux côtés. Il n'y a pas d'hypotonie. La sensibilité au tact et à la piqûre est normale.

Aux *membres inférieurs,* la position gynécologique est péniblement soutenue, sans déficit unilatéral. La force segmentaire est bonne, les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs sans clonus. Le réflexe cutané plantaire provoque un signe de Babinski typique à droite, moins net à gauche, il en est de même pour le signe d'Oppenheim. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont vifs, la sensibilité égale. La recherche du signe de Lasègue ne permet pas de dépasser 45° à droite comme à gauche. Le signe de Kernig est également très marqué. La démarche est normale. L'épreuve de la marche en étoile les yeux bandés s'accompagne d'une déviation antihoraire très nette. La recherche du signe de Romberg provoque une chute en arrière et à gauche.

L'étude des *nerfs craniens* montre l'absence d'anosmie, une stase papillaire accusée bilatérale avec neurorétinite hémorragique à droite, — une légère limitation du globe oculaire droit vers la droite, — une limitation des mouvements des globes oculaires en haut (parésie des superogyres), — une légère mydriase avec absence totale de contractions pupillaires à la lumière et à la convergence. La sensibilité trigéminale est exagérée des deux côtés. Dans la parole les plis faciaux sont parfois un peu atoniques à gauche. Les autres nerfs craniens ne présentent aucune anomalie appréciable. La percussion du crâne est douloureuse dans son ensemble, sans localisation bien précise, elle détermine un bruit de pot fêlé des plus typiques.

Le *psychisme* paraît ralenti, les réponses sont lentes et la recherche des tests de Binet-Simon donne un âge d'intelligence de 9 ans, alors que l'enfant a passé normalement son certificat d'études il y a 3 ans.

Au cœur existe un léger éclat du second bruit ; le pouls bat 60 fois par minute. La tension artérielle est de 13-7.

Dans le sang les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives, l'urée est de 0 gr. 40. Dans les urines, il n'y a ni sucre, ni albumine.

Radiographie du crâne. De face et de profil on note la disjonction de toutes les sutures de la voûte, ainsi que des impressions digitales des plus caractéristiques prédominant dans les régions frontales. Au-dessous de la région épiphysaire, on note une image en forme d'Y renversé, de 3 cm. de long sur 2 de large, constituée par une série de petits grains opaques d'allure calcaire. Cette

même image anormale se retrouve sur la radiographie de face où elle se profile un peu à droite de la ligne médiane, au-dessus de l'ethmoïde. La selle turcique est normale.

On a tenté de faire les *différentes épreuves labyrinthiques,* mais l'intensité des réactions vertigineuses et du nystagmus, aussi bien à l'épreuve rotatoire que calorique, nous oblige à interrompre cette investigation dès le début.

Dans le but de préciser la voie d'abord pour l'intervention jugée nécessaire, nous pratiquons une *ventriculographie* (29 novembre 1935). Les ventricules sont trouvés en bonne place, la tension dépasse les limites du Claude (plus de 80) de chaque côté. Après la prise des clichés on laisse une sonde en place dans le ventricule. Les clichés montrent une hydrocéphalie interne triventriculaire avec une déviation de la corne occipitale droite vers l'extérieur ; dans l'encoche ainsi formée vient se placer la tumeur calcifiée toujours aussi nettement visible.

Pour une raison intercurrente, nous ne pouvons malheureusement opérer l'enfant immédiatement après la ventriculographie. Bien que nous laissions s'écouler par la sonde le trop-plein du liquide réactionnel, dix heures après la trépano-ponction, l'ascension thermique, l'accélération du pouls, l'état stuporeux montrent la gravité des suites opératoires. La famille, malgré nos objurgations, nous refuse l'autorisation d'opérer l'enfant, et l'emmène chez elle. Le décès survient la même nuit à trois heures du matin.

En *résumé*, un enfant de 15 ans présente depuis six mois tous les signes d'une hypertension intracranienne : céphalées, vomissements, somnolence, troubles visuels, que confirment l'examen du fond d'œil (stase papillaire bilatérale et neurorétinite hémorragique), la radiographie cranienne (disjonction des sutures et impressions digitales), et la ventriculographie (hydrocéphalie ventriculaire).

L'examen clinique décèle, à côté d'une irritation pyramidale diffuse, mais discrète (Babinski bilatéral), un léger déficit moteur de l'hémiface gauche et du membre supérieur gauche, siège d'une algie cubitale tenace, des troubles labyrinthiques avec tendance à la chute en avant et à gauche et déviation antihoraire dans la marche en étoile, et surtout un syndrome oculaire curieux, caractérisé par une parésie des supérogyres associée à une paralysie pupillaire bilatérale, tant à la lumière qu'à la convergence.

Pareille association permet de localiser la néoplasie dans la région du pédoncule droit au voisinage des tubercules quadrijumeaux, ce que confirmèrent la radiographie (calcifications

étendues sous-jacentes à la région épiphysaire) et la ventriculographie (déviation en dehors de la corne occipitale droite encadrant les calcifications précitées).

Le point sur lequel nous devons attirer plus particulièrement l'attention de ce Congrès est celui des mouvements choréiques survenus à une période tardive de l'évolution. Il s'agit de mouvements désordonnés bilatéraux, d'amplitude plutôt faible, siégeant surtout aux extrémités, respectant la face et le tronc : quelques-uns, plus brusques, offrent l'aspect plutôt myoclonique. Ces mouvements ressemblent beaucoup à ceux d'un début de chorée de Sydenham, alors que les mouvements sont encore assez limités et n'ont pas acquis une grande intensité.

Il n'est pas douteux qu'on doive les rattacher à la tumeur de la région pédonculo-quadrigéminale droite. Dans ces conditions, on aurait pu s'attendre à les voir localisés à une moitié du corps ; toutefois, la coexistence d'une paralysie des deux pupilles montre bien la diffusion des lésions, et ainsi s'explique la bilatéralité des troubles choréiques.

Chorée chronique avec secousses électriques au cours d'une encéphalopathie infantile hérédosyphilitique, très améliorée par la malariathérapie.

par MM. Henri Roger, Joseph Alliez et Jean Paillas
(de Marseille)

La jeune Tast... Marcelle est âgée de 14 ans, lorsqu'elle est admise à la Clinique Neurologique le 4 juin 1934, pour mouvements anormaux, troubles de la marche et déficit intellectuel.

Les troubles actuels remonteraient à la naissance. Seule leur aggravation progressive a pu enfin déterminer les parents à une consultation. Ceux-ci sont d'ailleurs d'un intellect fruste, et les renseignements qu'ils nous offrent manquent de précision.

La marche ne peut s'effectuer qu'avec une extrême difficulté, en raison d'une rigidité marquée des jambes et des mouvements involontaires, brusques, qu'entraînent des écarts fréquents. Il arrive même souvent que l'enfant fasse une chute, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Aux quatre membres existent des mouvements presque continuels qui rendent le moindre geste pénible et maladroit. C'est ainsi qu'à certains jours l'alimentation est rendue difficile.

Une à deux fois par mois, les mouvements s'exagèrent par accès d'une à deux heures de durée. Les mouvements deviennent alors plus amples, désordonnés, plus brusques, le faciès est grimaçant, les yeux animés de mouvements incessants. En outre, même en période habituelle à certaines heures de la journée, de 10 heures à midi, l'agitation augmente. L'enfant n'est pas encore réglée ; elle ne se souille pas.

L'étude des *antécédents* est pleine d'intérêt. La grossesse (qui devait donner naissance à la malade) était gémellaire, mais le deuxième fœtus aurait avorté au deuxième mois, seul l'autre fœtus serait parvenu à terme (?). Le travail a été anormalement long, cependant il n'y a pas eu d'application de forceps.

A un an, l'enfant présente des convulsions ; à un an et demi, elle fait ses premiers pas. Mais la marche n'a jamais été correcte,

traînement des jambes, démarche en ciseaux. La date de l'installation des mouvements anormaux ne peut être précisée, mais les parents se souviennent qu'après une rougeole survenue à l'âge de 8 ans, l'enfant a été plus calme. L'intelligence n'a jamais été éveillée et la fillette n'est pas allée en classe.

Le père, en bonne santé apparente, nie toute affection vénérienne. Cependant une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée en même temps que chez la fillette, est trouvée fortement positive.

La mère enfin est hospitalisée à un lit voisin de sa fille pour un syndrome de l'artère latérale du bulbe, d'origine spécifique, qui entraînera ultérieurement sa mort.

Examen. — L'enfant est au début assez indocile, boudeuse et de larmes faciles. La tête présente des mouvements de négation brusque. La parole est scandée, explosive ; les réponses viennent par monosyllabes, parfois à côté de la question. Les commissures labiales sont animées de tiraillements soudains, donnent parfois une expression de rictus ; les sourcils se froncent, se relèvent.

Aux membres supérieurs, on observe surtout des secousses brusques se succédant par salves de 2 à 3, et déterminant un déplacement ample de tout le bras. Parfois les secousses des membres supérieurs sont plus intenses, diffusent au tronc qui se soulève, se fléchit et se tord. Les doigts sont animés, tantôt de pianotement, tantôt de mouvements plus lents du type de reptation athétosique.

Les membres inférieurs sont en demi-flexion et légère adduction, les genoux sont rapprochés en ciseau ; les pieds sont en bonne position sans varus, ni équinisme. Les mouvements des jambes sont bien moins marqués que ceux des bras. Des alternances de flexion et d'extension très lentes s'y succèdent ; les orteils présentent quelques petits mouvements anormaux très lents.

Toutes ces dyskinésies ne présentent aucun rythme, ni régularité. Elles sont exagérées par l'émotion, par les efforts. Les syncinésies d'action sont extrêmement marquées.

L'examen neurologique systématique fournit les résultats suivants : force globale et segmentaire satisfaisante aux membres supérieurs et inférieurs ; pas d'hypotonie, mais au contraire une certaine contracture : réflexes tendineux (rotuliens, achilléens, stylo-radiaux, bicipitaux, tricipitaux) très vifs, et contro-latéraux (rotuliens) ; signe de Babinski solennel bilatéral, avec tendance à l'extension spontanée du gros orteil ; sensibilité conservée et égale. La dysmétrie est difficile à rechercher en raison des mouvements choréiques, cependant le tremblement constaté à la fin de l'acte paraît indépendant de ces derniers.

Le faciès est curieux, d'aspect un peu mongolien ; yeux bridés, pommettes saillantes. Les pupilles sont égales, régulières et contractiles.

La marche est possible sur la pointe des pieds, avec pied en varus-équin plus marqué à droite ; démarche sautillante et spasmodique, corps un peu incliné sur le côté droit, membres supérieurs à demi fléchis sans balancement.

Les viscères semblent ne présenter aucune anomalie, mais les caractères sexuels secondaires sont encore inapparents, la pilosité pubienne est extrêmement discrète.

Tension artérielle au Vaquez : 13-4.

Dans le sang : réaction de B.-W. faiblement positive, réaction de Hecht positive, urée 0,35.

Ni sucre, ni albumine urinaires.

L. C.-R. : liquide clair ; cytologie 0,4 élément, 0 gr. 15 d'albumine, réaction de B.-W. négative.

Après avoir constaté l'inefficacité totale de toute médication symptomatique, et d'un traitement iodo-mercuriel, nous décidons d'employer la malariathérapie. L'impaludation est faite le 20 juin 1934 avec notre souche habituelle (malariathérapie des P.G.). La température s'élève le 30 juin, et 7 accès de type tierce se succèdent. L'état général paraît alors très atteint : le faciès est pâle, l'asthénie marquée, ainsi que l'anorexie.

Cependant, le 18 juillet, dès la fin de la cure de stérilisation quinique, nous sommes frappés par l'amélioration évidente des mouvements choréiques, et la plus grande docilité de la malade.

Au repos persistent seulement quelques petits mouvements des doigts de la main gauche ; les autres mouvements ont complètement disparu. Pendant la marche on note quelques petits mouvements, la démarche est toujours par ailleurs caractéristique d'un Little. L'enfant peut manger seule et boire sans renverser son verre. L'état psychique est également amélioré et la malade s'intéresse à la vie de la salle et promène avec les autres malades.

Le 19 juillet 1934, la malade quitte l'hôpital ; elle continuera son traitement spécifique pendant de longs mois : acétylarsan, muthanol.

Le 13 juillet 1936, elle rentre à l'Hôtel-Dieu, car de nouveaux troubles sont apparus, des crises comitiales. La première est survenue peu de temps après sa sortie de l'hôpital : chute brusque, morsure de la langue et de la joue droite, mouvements convulsifs sans prédominance unilatérale, puis stertor. Au début il y avait une crise par mois, actuellement chaque jour voit sa crise. Les mouvements choréiques spontanés ne sont plus réapparus. L'intellect est toujours peu riche ; il faut souligner cependant que la fillette est affectueuse, qu'elle mange seule et qu'elle ne se souille pas. Il n'y a pas de troubles du caractère, pas de crises de colère.

Voici les résultats du nouvel examen pratiqué le 15 juillet. Aucune modification de la séméiologie type Little. Les réflexes

tendineux sont très vifs, le rotulien droit davantage, accompagné de polycinétisme. Le signe de Babinski est toujours intense et bilatéral. Les membres inférieurs sont légèrement contracturés. Au repos on n'observe aucun mouvement anormal, si ce n'est quelques secousses cloniques du visage qui tiraillent les commissures labiales surtout à droite, et quelques petits mouvements athétosiques des doigts.

Certaines explorations des membres inférieurs déclanchent parfois des contractions brusques des membres supérieurs, qui n'ont d'ailleurs ni l'intensité ni la fréquence de celles constatées lors du premier séjour. Il y a peu de syncinésie par le serrement de la main. Dans la marche quelques secousses entraînent le corps en arrière. Les caractères sexuels secondaires sont un peu plus développés qu'il y a 2 ans, mais encore peu marqués.

Une nouvelle rachicentèse montre une tension normale, 1 lymphocyte par millimètre cube, 30 ctg. d'albumine.

La réaction de B.-W. est négative dans le sang et le L.C.-R.

En *résumé*, chez une enfant atteinte de convulsions à l'âge d'un an, fille d'un père avec réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et d'une mère morte à la suite d'un syndrome de l'artère latérale du bulbe d'origine syphilitique, se développe un syndrome, caractérisé, à la fois, par une diplégie prédominant aux membres inférieurs, type Little avec arriération mentale, et par un syndrome choréique particulier, caractérisé à la fois par des rictus brusques et aux membres surtout par des secousses électriques déplaçant brutalement tout un membre, faisant parfois dresser tout le tronc, accessoirement, par des mouvements de pianotement des doigts ou des orteils d'allure choréo-athétosique.

Pareil type clinique de chorée, pareille origine hérédo-syphilitique ne sont pas fréquents. Aussi bien, ce cas mériterait-il à ces seuls titres d'être publié. Mais il tire surtout son intérêt de la thérapeutique employée.

Devant l'insuccès des traitements spécifiques déjà institués, nous avons pensé que la malariathérapie était indiquée. Et l'enfant, présentant un Bordet-Wassermann du sang partiellement positif, nous nous sommes crus autorisés à lui inoculer le sang d'un paralytique général impaludé. Fait digne de remarque, les mouvements anormaux ont été considérablement diminués, et l'amélioration se maintient deux ans après. Toutefois, une nouvelle complication est apparue à la puberté,

l'épilepsie, qu'il n'est d'ailleurs pas étonnant de rencontrer dans une pareille encéphalopathie hérédosyphilitique.

La pyrétothérapie a été utilisée dans la chorée : sous forme de vaccin antityphoïdique, par Sutton, Jobin, Batesman, par Chaetkan, Huxley Fisch, — sous forme de soufrogel (association de soufre et de gélatine), par Castro Freire. Mais il s'agissait de cas de chorée de Sydenham spontanément curable. Nous ne croyons pas qu'on ait jusqu'ici obtenu pareil succès avec la malariathérapie dans des chorées hérédo-syphilitiques à allure chronique.

Aspect anatomique de deux cas de chorée aiguë de Sydenham et d'un cas de chorée artériosclérotique

par MM. les Drs F. Lüthy et Hotz (de Zurich)

Les cas de chorée aiguë, examinés par des méthodes anatomo-pathologiques modernes, sont encore passablement rares. Nous espérons donc que la présentation, devant votre Société, de coupes significatives provenant de deux cas que nous avons pu recueillir l'année passée, ne sera pas dépourvue d'intérêt. Un troisième cas, de chorée chronique par artériosclérose, servira de point de comparaison et posera un petit nombre de questions, ne serait-ce que pour illustrer les difficultés considérables auxquelles l'on se heurte dans l'explication de la pathogénie du mouvement choréique.

Cas I. — Garçon de 16 ans. Diagnostic clinique : chorée de Sydenham. Débilité. Diagnostic anatomo-pathologique des organes : endocardite verruqueuse de la valvule mitrale. Myocardite à nodules d'Aschoff. Bronchopneumonie abscédante hémorragique. Tuméfaction de la rate. Tonsillite chronique.

Cerveau (méthodes de Nissl, de Herxheimer, de Spielmeyer, de Cajal, d'Hortéga, de van Gieson et à hématoxyline-éosine).

1. *Globe pâle :* nombreuses cellules à gouttelettes graisseuses réparties uniformément à travers le pallidum, avec préférence cependant dans les parties latérales et orales. Rares manchons périvasculaires composés de cellules à gouttelettes graisseuses.

2. *Striatum :* au Cajal, deux petits foyers d'astrocytes proliférés.

3. *Ecorce :* rien de particulier.

4. *Moelle sous-corticale :* çà et là, quelques vaisseaux avec cellules à gouttelettes graisseuses périvasculaires ; passablement de nodules névrogliques.

5. *Régions grises péri-épendymaires :* au niveau de la tête du noyau caudé, des vaisseaux à manchons périvasculaires graisseux, de même, tout le long du système ventriculaire jusque dans le III[e] ventricule, mais pas plus bas.

CAS II. — Garçon de 6 ans. Diagnostic clinique : chorée de Sydenham. Diagnostic anatomique : péricardite (les autres organes manquent).

Cerveau :

1. *Globe pâle :* cellules à gouttelettes graisseuses parsemées plus nombreuses encore qu'au cas I, avec la même répartition. Rares manchons périvasculaires graisseux.

2. *Striatum :* rien de particulier.

3. *Ecorce :* quelques rares foyers minuscules de dégénérescence graisseuse avec réaction de la macro. et surtout de la microglie. Au Nissl, on trouve un foyer de désert cellulaire en forme de cône, traversant toute l'écorce ; un autre, plus récent, de disparition des cellules pyramidales, avec réaction vive de la névroglie.

4. *Moelle sous-corticale :* quelques vaisseaux à manchons graisseux, un foyer de destruction mesurant 1 mm. de diamètre.

5. *Régions grises péri-épendymaires :* comme dans le cas I, mais aussi au plancher du IV[e] ventricule.

6. *Cervelet :* dans le noyau dentelé, de très rares manchons graisseux minuscules.

En résumé : on trouve une atteinte constante et diffuse du globe pâle, qui ne se révèle qu'au Herxheimer. Le striatum reste indemne (sauf les petits foyers du cas I qui ne semblent pas être en rapport avec la chorée).

Une seconde altération curieuse est celle des régions périventriculaires.

Les foyers dans l'écorce, facultatifs, ne semblent être qu'une manifestation de l'endocardite, puisqu'ils ne se distinguent en rien de ceux trouvés dans les endocardites rhumatismales ou bien dans les endocardites lentes au bacille de Schottmüller.

Il convient encore de souligner deux constatations négatives : nulle part on a trouvé des adultérations des cellules ganglionnaires (sauf dans les rares foyers circonscrits de l'écorce).

Nulle part non plus il y a des signes inflammatoires.

La pathogénie des lésions semble donc s'expliquer par deux voies différentes : il y a pathoclise (suivant la conception d'Oscar Vogt) de la toxine rhumatismale pour le pallidum et les régions végétatives sous-épendymaires. Le reste se fait par micro-embolies, donc fortuites.

Cas III. — Homme de 64 ans. Chorée chronique se développant peu à peu depuis l'âge de 62 ans 1/2 et frappant la tête et les quatre membres. Demi-année après le début, il subit un ictus avec paralysie passagère du côté droit ; pas d'indication concernant l'influence sur la chorée. A son entrée à la clinique médicale de Zurich, la chorée était très prononcée partout et l'ancienne hémiplégie ne se révéla en rien, sauf en un Babinski, bilatéral il est vrai, mais plus prononcé du côté droit. Il mourut d'une artériosclérose des artères coronaires.

Cerveau :

1. Etat lacunaire discret du striatum, mais, en plus, une prolifération et hypertrophie diffuse des astrocytes par tout le striatum.

2. Lésions artérioscléreuses microscopiques disséminées dans le cerveau, notamment des petits foyers de ramollissement dans l'écorce, dans la substance blanche des hémisphères et du cervelet en dehors du noyau dentelé.

3. Un ramollissement plus étendu dans le pied de la protubérance, déjà ancien, avec dégénérescence importante de la pyramide correspondante.

Ce cas correspond bien à nos connaissances actuelles sur la localisation de la chorée des vieillards, à savoir : la contrée frappée obligatoirement est le striatum, les autres lésions, tellement fréquentes, ne sont que facultatives (Post-humus Meyjes, Z. ges. Neur. et Psych., *133,* 1, 1930).

L'hémiplégie survenue au cours de la chorée et se traduisant anatomiquement par la dégénérescence pyramidale massive unilatérale, permet à notre avis deux constatations :

1. Il n'est nullement nécessaire que la voie cortico-spinale soit intacte pour que l'hyperkinèse choréique puisse se manifester.

2. L'hypotonie choréique lutte avec succès contre l'hypertonie résultant du dysfonctionnement de la pyramide, car une altération tellement profonde du faisceau pyramidal, comme

dans notre 3e cas, aurait certainement conduit à l'hémiplégie spastique ; or, il n'était rien.

Nous sommes même conduit à penser que l'hypertonie des pyramidaux résulte principalement d'une influence prépondérante du système moteur extra-pyramidal sur la pyramide qui, dans les cas de ce genre, subit une libération du fait de l'atteinte du striatum.

Ainsi, nos trois cas ici présentés nous orientent de nouveau, dans la pathogénèse de la chorée, vers le corps strié.

(Travail de la clinique médicale et de l'Institut pathologique de Zurich).

Chorée et maladie de Vaquez

par MM. Paul Schiff et J. Ajuriaguerra (de Paris)

Le rapport si lucide et si documenté de M. Christophe indique la variété des associations morbides qui peuvent se produire avec la chorée. Il nous paraît démontrer avec ampleur la difficulté de localiser dans une région déterminée du cerveau l'origine des mouvements choréiques. La revue des faits anatomo-cliniques montre que le syndrome choréique peut apparaître chez des sujets divers, dont le cerveau montre des lésions assez différentes, et il semble qu'il faille mettre en cause une perturbation des divers systèmes de la coordination des mouvements plutôt qu'un seul centre localisateur. Il est nécessaire, dit M. Christophe, « d'envisager la régulation de l'activité motrice par les influences coordinatrices des voies afférentes ».

Nous apportons, à l'appui de cette conception, un fait anatomo-clinique qui nous a paru digne de remarque pour deux raisons. L'histoire clinique, tout d'abord, a montré la coexistence de deux syndromes, dont l'association n'a pas encore été signalée : celle d'une érythrémie et d'une chorée. L'examen anatomique, d'autre part, a fait voir des lésions assez limitées pour garder leur valeur. Nous rapportons brièvement ici cette observation, sur les détails de laquelle nous nous proposons d'insister, par ailleurs, dans un travail plus étendu.

Une femme de 78 ans est atteinte de maladie de Vaquez, caractéristique et vérifiée depuis 5 ans. Elle meurt en 1933 à l'hôpital Henri-Rousselle, où elle a pu être observée durant plusieurs mois. Dans les trois semaines qui ont précédé la mort, la malade a présenté des accès subintrants de chorée, avec gesticulation incessante et épuisante, véritable état de mal choréique. Il s'agissait de chorée flasque. L'examen anatomique montra deux foyers lésionnels caractérisés et qui tous deux sont susceptibles, croyons-nous, d'interprétations pathogéniques.

Tout d'abord, les coupes du cerveau montrent des lésions

tubériennes nettes. Il s'agit surtout d'altérations cellulaires, avec altérations et disparition de cellules. Il est permis de penser que ces lésions sont en relation avec l'érythrémie. Les arguments anatomo-cliniques et physiologiques sont nombreux en effet qui plaident en faveur de la localisation diencéphalique, et plus particulièrement tubérienne, des troubles de l'hématopoïèse, qu'ils aient lieu dans le sens de l'anémie ou dans celui de l'hyperglobulie.

Les lésions des organes sus-tubériens sont presqu'exclusivement localisées à un centre tout proche, le pallidum, mais elles ont un caractère différent. Le pallidum, en effet, a un aspect qui rappelle l'état dysmyélinique : cellules intactes, disparition presque complète ou fortes altérations des fibres à myéline, dans le pôle antérieur surtout et avec prédominance de l'atteinte des fibres efférentes. Il existe, en outre, une réaction névro- et microglique. Ces lésions pallidales si intenses nous paraissent, malgré leur ancienneté, devoir être mises en relation avec la chorée terminale : pendant un temps prolongé les systèmes moteurs ont exercé une action physiologique à peu près normale, malgré l'atteinte du centre coordinateur le plus communément invoqué, le pallidum. Dans ce cerveau, très touché par les troubles d'irrigation qu'entraîne la maladie de Vaquez, une poussée ultime de démyélinisation a détruit les dernières connexions fibrillaires et, renversant le mécanisme rendu fragile des systèmes coordinateurs étagés, elle a permis l'apparition de la chorée.

D'autre part, les recherches de Riccitelli, de Lhermitte autorisent à penser que ces lésions pallidales interviennent aussi dans le déterminisme de la maladie de Vaquez. On pourrait qualifier ce syndrome spécial de *choréo-érythrémie pallidale.*

Un cas d'hyperkinésie généralisée

par M. H. Brunnschweiler (de Lausanne)

Je vais vous montrer un film d'une malade atteinte d'excitation motrice généralisée et prononcée. Vous verrez que l'apparence de ces mouvements involontaires évoque l'idée de la chorée électrique de Dubini, bien qu'il s'agisse, en réalité, d'une toute autre maladie. En tous cas, la chorée de Dubini s'est toujours montrée rapidement mortelle, tandis qu'il y a déjà cinq ou six ans que notre malade présente les accès que vous allez voir.

L'aspect extraordinaire du syndrome a fait considérer, bien à tort, la malade comme atteinte de troubles psychiques, et elle a séjourné jusqu'à ces derniers mois dans des établissements psychiatriques.

Sur l'étiologie, je n'ai rien pu établir. L'entourage m'a seulement dit qu'un beau jour la malade avait commencé à faire ces « grimaces-là ».

En dehors des crises, on remarque souvent une salivation exagérée, parfois de la dysphagie, et quelquefois un peu de trismus. Une légère hypertonie à droite, mais sans réflexes pathologiques. Pas de troubles sensitifs, ni de symptômes d'ordre cérébelleux. Elle souffre de photophobie et quelquefois de diplopie passagère. A un pareil moment, nous avons pu constater un strabisme divergent fugace. Nous verrons que pendant la crise c'est, au contraire, plutôt un spasme de convergence qui se produit.

Psychiquement, la malade est *normale*.

Comme vous voyez, il s'agit chez cette femme de mouvements plus ou moins rythmés, en quelque sorte, de mouvements cloniques d'extension et flexion des membres, ainsi que d'extension, de flexion et de déviation de la tête. Il n'y a pas de grande phase tonique.

Ce ne sont pas, le plus souvent, des spasmes, mais plutôt des secousses. La conscience reste absolument conservée pendant les accès.

Peut-on voir là une manifestation épileptique ? Ce serait pour le moins arbitraire.

C'est intentionnellement que je me suis borné à donner à cette affection l'appellation si générale d'hyperkinésie généralisée.

Il ne semble pas trop téméraire d'avancer qu'il s'agit d'une hyperkinésie *extra*-pyramidale, à côté de laquelle on découvre certains petits signes d'hypertonie.

Et je vous ai déjà signalé qu'il n'y avait pas de phénomènes pyramidaux ou cérébelleux, ni de troubles toniques du type parkinsonien, non plus que de tremblement ou de troubles de la sensibilité.

En caractérisant ainsi cette affection, nous devons nous demander s'il ne faut pas la rapprocher de la famille des troubles hypertoniques et hypercinétiques, connus aujourd'hui sous le nom de maladie de Hallervorden-Spatz, dont tout récemment Clovis Vincent et Van Bogaert ont étudié un cas fort intéressant.

Il existe évidemment une différence entre notre cas et celui de Clovis Vincent et Van Bogaert. Chez leur malade, l'hypertonie est prédominante, tandis que, dans le cas qui nous occupe ici, elle est discrète. Mais, par contre, les mouvements involontaires sont beaucoup plus accusés, et sont la plupart du temps cloniques et rythmiques, ainsi que le film vient de vous le montrer.

Mais, dans les cas étudiés jusqu'à présent de cette maladie de Hallervorden-Spatz, il y a eu beaucoup de variations précisément pour le degré de l'hypertonie et de l'intensité des mouvements involontaires.

L'image anatomique de la maladie de Hallervorden-Spatz est, comme vous savez, une « dégénérescence progressive du globe pâle et de la substance réticulée du locus niger ».

Mais, dans notre cas, toute précision, quant à la localisation, serait hasardeuse et nous ne pouvons que nous en tenir aux suppositions.

Rigidité catatonique
et hypertonies extra-pyramidales
Ce qui objectivement les oppose

par M. A. Mir-Sepassy,

Assistant à la Maison Nationale de Santé de Charenton

L'étude comparative de la rigidité catatonique et la rigidité parkinsonienne a donné lieu déjà à beaucoup de travaux. A ce point de vue il faut distinguer plusieurs phases : une première, durant laquelle on a essayé de rapprocher ou même d'assimiler ces deux rigidités. Dans cet ordre d'idées, citons en France les travaux de Guiraud (1) et de Dide, Guiraud et Lafage (2) ; en Allemagne, les travaux de Kleist et ceux de Steck (3) en Suisse. Dans une deuxième phase on a souligné, contrairement à des analogies superficielles, des différences. Les travaux de Delmas-Marsalet (4), de Claude Baruk et Thévenard (5) et bien d'autres apportèrent des éléments fort intéressants à cette étude.

Notre Maître, M. H. Baruk (6), a fait une série de recherches montrant les différences entre ce qui concerne les réflexes de posture et dans une autre série de recherches électro-myographiques et ergographiques, il s'est attaché à confronter les troubles moteurs de la catatonie de Kahlbaum et les troubles

---

(1) Guiraud. — Conceptions neurologiques du syndrome catatonique. *L'Encéphale*, nov. 1924, p. 571.

(2) Dide, Guiraud et Lafage. — Syndrome parkinsonien de D.P. *Rev. neur.*, juin 1921.

(3) Steck. — Les syndromes extra-pyramidaux dans les maladies mentales. *Archives suisses de neur. et de psych.*, Zurich, 1926.

(4) Delmas-Marsalet. — Les réflexes de posture dans la D.P. catatonique. *Soc. de Biol.*, nov. 1926.

(5) Claude Baruk et Thévenard. — Contributions à l'étude de la physiologie de la D.P. catatonique. Différenciation avec les états parkinsoniens. *Congrès des médecins aliénistes*, août 1927.

(6) Claude Baruk et Thévenard. — Le syndrome moteur de D.P. catatonique. *L'Encéphale*, décembre 1927.

moteurs hystériques. Nous ne nous arrêterons pas à cette confrontation que nous avons jugé inutile de reprendre étant donné les soins et la minutie avec lesquels elle avait été faite. Nous retiendrons seulement que des troubles moteurs de la catatonie aux troubles moteurs hystériques — ainsi qu'il l'a consigné dans la note qu'avec R. Kourilsky, il publiait en janvier 1935 dans les *Annales médico-psychologiques* — H. Baruk a trouvé du point de vue électromyographique des différences notables (1). Il n'en demeure pas moins que pour lui la rigidité catatonique revêt plus ou moins le type de ce que l'on a coutume de considérer comme contraction du type volontaire.

Nous nous proposons dans cette note d'envisager sous un autre angle la rigidité du catatonique en la confrontant cette fois avec les hypertonies organiques et en mettant spécialement en regard le figé catatonique et le figé parkinsonien pour voir si oui ou non il convient de les apparenter de quelques manières. Cette confrontation n'implique nullement dans notre esprit l'idée que nous soyons tenté de faire de la rigidité catatonique une véritable hypertonie. Nous n'y avons certes jamais songé ; mais nous défendant de toute idée préconçue et nous plaçant à un point de vue strictement objectif, nous nous sommes borné à rechercher ressemblance ou différence. Il nous a semblé que c'est en procédant ainsi que nous serions le mieux à même de bien mettre en évidence les caractères propres et différentiels de la R.C. (2).

Il ne viendrait certes à l'esprit de personne d'apparenter si peu que ce soit la R.C. et l'hypertonie pyramidale ; qu'il s'agisse de celle qu'avec Babinski on dénomme tendineux-réflexe ou de celle qu'avec lui encore on appelle cutanéo-réflexe. Le comportement de ces hypertonies non moins que les variations des réflexes tendineux ou cutanés, ainsi que les syncinésies qui s'y associent, les opposent aussi nettement qu'il est possible à la rigidité catatonique.

Mais n'y aurait-il pas plus de point de contact entre la dite R.C. et les hypertonies extra-pyramidales ? Cette étude comparative a attiré déjà — comme nous venons de le voir — l'at-

---

(1) H. Baruk. — L'hystérie et les fonctions psycho-motrices. Masson et Cie, éditeurs, 1935.

(2) Veuillez lire : R. C., rigidité catatonique ; R. P., rigidité parkinsonienne.

tention de nombreux auteurs. Par contre, les épreuves de M. le Prof. Froment n'ont jamais été, à notre connaissance, encore étudiées dans la catatonie, c'est ce que nous nous sommes proposé de faire. La connaissance des syndromes extra-pyramidaux incite à distinguer plusieurs variétés d'hypertonies extra-pyramidales. L'hypertonie inconstante gesticulatoire et contorsionniste du wilsonien qui par violent oppositionnisme s'oppose à toutes vélléités d'actes que soudain elle laisse faire, ne rappelle en rien l'hypertonie parkinsonienne qui se borne à figer le malade. La R.C. doit donc successivement être comparée à l'une et à l'autre hypertonie. La confrontation la plus significative est, à n'en pas douter, celle qui met en regard le figé parkinsonien et le figé catatonique ; car les caractères de l'hypertonie parkinsonienne sont actuellement aussi nettement définis que possible du point de vue de leurs caractères objectifs. On ne saurait en dire autant de l'hypertonie du wilsonien.

La R.P. n'est pas suffisamment définie par le phénomène de H. Mayer et de C. Négro : la roue dentée. Elle ne l'est pas non plus suffisamment par l'exagération de ces réflexes de posture élémentaire qu'ont étudiée Foix et Thévenard puis Delmas-Marsalet. Elle l'est bien mieux par l'ensemble des caractères sur lesquels notre Maître M. le Prof. Froment a attiré l'attention. Ses recherches sur le parkinsonisme se rattachent à tout un ensemble d'autres recherches concernant le maintien de la station debout chez l'homme et la régulation de la statique. Elles ne peuvent être bien comprises que si on les considère dans leur ensemble. Qu'on nous permette de citer les passages suivants de deux communications que fit M. le Prof. Froment au Congrès International de Neurologie de Berne en 1931, qui seront le préambule le plus clair que nous pourrons placer en tête de nos propres recherches :

« L'homme ne jouit de la liberté, de l'indépendance et de l'aisance de ses bras, que si son équilibre est bien assuré. Dès que cet équilibre devient litigieux les bras sont réquisitionnés d'office pour le maintien de la statique, comme le sont à tout instant ceux de l'enfant qui apprend à marcher ; ils se rigidifient plus ou moins. C'est ce qui révèle le « test du poignet »...

« ...A la statique « à minima » qui se passe des bras fait de nouveau constamment place la statique « à maxima » qui les requiert. *Cette rigidité de déséquilibre — à roue den-*

tée — s'apparente nettement à la rigidité parkinsonienne qui n'est nullement trouble du tonus de posture local mais bien rigidité dystasique.

« L'étude systématique de cette rigidité nous révèle de singulières complexités. Ce n'est que lorsque l'attitude du bras répond aux desiderata statiques que le bras du déséquilibré, comme celui du parkinsonien, se rigidifie. Cette rigidité ne retient le segment considéré qu'en attitude de stricte logique statique. Cette rigidité de déséquilibre se déplace dès que l'attitude change si peu que ce soit (1). »

« Réquisitionnés par la statique chez le jeune enfant (statique à maxima) les bras sont démobilisés sous condition d'équilibre (statique à minima). Le moindre déséquilibre par contre, à nouveau, fige l'homme ; c'est une perturbation profonde, définitive de la régulation statique — véritable *involution des réflexes statiques* — qui paraît être le substratum physiologique du parkinsonisme. Cet état a tous les caractères d'un état dystasique. » (2).

C'est en recourant au « test du poignet » (3), moyen délicat mais constant et fidèle — test du poignet étudié en diverses attitudes et avec les précautions requises — que le Prof. Froment a vraiment mis hors de doute le caractère dystasique de la R.P. Ayant été son assistant, ayant suivi pendant deux ans son service, nous avons eu tout le loisir de nous familiariser avec sa technique et de nous convaincre de la réalité des variations de la rigidité parkinsonienne et de tous ses caractères objectifs qu'il avait fait connaître. C'est ce qui nous a donné l'idée, lorsque nous nous sommes trouvé dans le service de notre Maître, M. H. Baruk, de confronter la R.C. et celle des parkinsoniens, en soumettant le catatonique aux mêmes procédés d'étude.

Lorsque nous avons entrepris cette recherche, que nous avons poursuivie en toute indépendance, nous ne savions pas à quelle conclusion elle nous mènerait et nous nous défendions même à la supposer.

---

(1) J. Froment, Mlle Feyeux et R. Lautrette. — Du tonus musculaire de l'homme, multiplicité, polymorphie et indépendance de ses réactions toniques. Congrès international de Berne, 1931. *Rev. neur.*, 1931, t. II, p. 416-418.

(2) J. Froment. — Comment du point de vue physio-clinique concevoir l'hypertonie parkinsonienne. Congrès international de neurologie de Berne, 1931, et *Rev. neur.*, 1931, t. II, p. 418-419.

(3) J. Froment et H. Gardère. — Test du poignet figé et troubles de l'équilibre. *Rev. neur.*, n° 3, 1926.

Le problème que nous nous posions était le suivant : la rigidité du catatonique se modifie-t-elle ou non, ainsi que celle du parkinsonien, en fonction des variations de la statique. Il convient de mettre en garde ceux qui voudraient reprendre ces recherches sans s'être d'abord initiés à la technique assez délicate mais néanmoins fort objective imaginée par J. Froment. Sans s'en rendre compte, on peut introduire des variations statiques. Ne suffit-il pas par exemple d'empoigner trop énergiquement l'avant bras du sujet dont on explore le poignet pour atténuer considérablement la rigidité du parkinsonien. C'est qu'en ce faisant on soutient efficacement son bras et sa statique. Nous ne pouvons en dire davantage ; car ceci nous entraînerait trop loin et ne dispenserait pas d'une initiation pratique, condition préalable et nécessaire. Nous avons hâte d'en arriver à l'énoncé des résultats de notre enquête.

⁂

Appliquant la recherche du test du poignet en attitudes diverses suivant la technique adoptée par M. le Prof. Froment dans l'examen de ses parkinsoniens, nous avons examiné ainsi 19 catatoniques. Quatre de ces malades ont pu être examinés successivement couchés, assis et en station debout ; dans trois de ces cas nous avons même ajouté la recherche du test du poignet, en marche, en ligne droite, dans les tournants, ainsi que dans ces curieux tests si significatifs chez les parkinsoniens que M. le Prof. Froment a dénommé le signe du comptoir et Romberg aggravé.

Les quinze autres cas n'ont pu être examinés que couchés mais nous avons, là encore, varié les conditions de l'équilibre statique par diverses manœuvres en impliquant à la tête et aux membres différentes attitudes que les malades maintenaient du fait de leur catalepsie (1).

De l'examen attentif de ces 19 cas résultent les constatations suivantes :

1° La R.C. se révèle essentiellement *capricieuse et inconstante*. Elle apparaît, disparaît sans motif apparent, sans subir

---

(1) C'est à la Maison Nationale de Santé de Charenton et à l'Asile départemental de Bron (Rhône), que nous avons pu examiner et réunir ces cas. Nous tenons à remercier vivement notre maître, H. Baruk, M. le Pr J. Lépine et MM. les Drs Condemine et Réquet, qui nous ont permis d'étudier des malades de leur service.

nullement les répercussions des modifications et des variations de l'équilibre statique. Dans les mêmes conditions et la même position on constate tantôt une rigidité intense et invincible et tantôt une souplesse remarquable qui contraste complètement avec la rigidité antérieurement notée.

2° La R.C. n'est donc nullement du type dystasique. Elle se révèle totalement indépendante du mécanisme de la régulation statique. Elle diffère objectivement, à tous égards, de la R.P.

⁂

La R.C., si par ces caractères elle s'oppose à la R.P., peut-elle plus légitimement être comparée à celle du wilsonien ? Il nous est plus difficile de répondre objectivement à cette question. Le caractère objectif de la rigidité du wilsonien est encore mal connu. On ne le connaît guère que par son comportement. Celui-ci, à vrai dire, est assez particulier ; mais il est difficile à bien définir. Ce qui semble caractériser la rigidité du wilsonien c'est une véritable « *rebellíon musculaire* » qui brutalement s'oppose à l'acte voulu et puis soudain lui cède. M. le Prof. Froment qui s'est attaché à en dégager la signification physiologique se demande s'il ne s'agit pas d'un « *dérèglement ou même d'une involution de la réflectivité ou, si l'on préfère, de la répercussivité émotive* » (1).

Si l'on excepte l'apparent caprice des variations, la rigidité gesticulante du wilsonien ne rappelle guère l'oppositionnisme calme et, dirait-on, « têtu » du catatonique. Jusqu'à plus ample informé tout nous incite à les séparer ; mais nous nous proposons de poursuivre patiemment cette confrontation.

Il est difficile, et sans doute prématuré, d'essayer de se rendre compte quel est le mécanisme psycho-physiologique de la R.C. Tout se passe comme si la rigidité, l'obstacle au mouvement actif ou passif du catatonique étaient d'ordre psychique et impliquaient un trouble dans le déterminisme de ce que l'on tient pour mouvement du type volontaire (2), (3).

---

(1) J. Froment. — Contractures et hypertonies. Ce qui caractérise et différencie leurs principaux types cliniques. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juin, p. 363-376.

(2) H. Baruk. — L'hystérie et les fonctions psycho-motrices (Masson et Cie, éditeurs, 1935).

(3) H. Baruk. — La catatonie expérimentale par la bulbocarpine. *Encéphale*, novembre 1933.

Peut-on aller plus avant ? Tout ce qu'on peut affirmer c'est que cette rigidité n'a rien à voir, semble-t-il, avec les hypertonies proprement dites et qu'elle ne rappelle en rien les hypertonies extra-pyramidales.

Il nous a paru intéressant de soumettre aux mêmes explorations d'autres mentaux rigides. C'est ainsi que nous avons examiné deux « confuses » dont la rigidité était assez exactement superposable à celle des catatoniques examinées ; et un paralytique général qui présentait une rigidité de comportement différent et beaucoup plus constant et « têtu », pourrait-on dire (1).

*
**

Relatons en terminant brièvement une observation qui nous a paru digne d'attention :

Mlle B. E., 21 ans, entrée à Bron le 20 mars 1936 avec le diagnostic : syndrome discordance type hébéphrénique. On peut relever dans son observation : débilité mentale, négativisme, mutisme, attitudes cataleptoïdes et agitation à certaines heures avec impulsion épisodique, gâteuse.

Le 8 juin 1936, nous examinons cette malade. Elle se présente couchée dans son lit en attitude demi-flexion, les yeux sont ouverts, le visage est bouffi, un certain degré d'exophtalmie, immobilité du visage. Les attitudes impliquées aux membres sont gardées aussi longtemps qu'on les laisse. Le test du poignet était négatif dans cette attitude, le poignet restait toujours souple. Malgré le négativisme on pouvait, en insistant et invigorant, lui faire faire quelques actes simples. C'est au cours de ces actes que nous avons constaté le fait qui nous a paru intéressant.

En effet, pendant que nous lui donnions l'ordre de toucher et serrer la main que lui tendait un autre observateur, nous cherchions le test du poignet dans la main libre. Avec invigoration, elle tendait sa main lentement vers le but. Pendant cet acte, nous avons constaté l'apparition de la rigidité absente jusque là. Cette rigidité augmentait progressivement au fur et à mesure du mouvement de l'autre main. Et lorsque celle-ci eut atteint le but qu'on lui avait assigné, la rigidité de la main explorée atteignait son maximum pour disparaître ensuite rapidement. Et si on lui ordon-

(1) Nous nous proposons de poursuivre, dans un travail ultérieur, cette étude, où nous rapporterons et enrichirons nos observations. Nous avons l'intention, d'ailleurs, d'étendre cette recherche à tous les mentaux rigides.

nait en invigorant de serrer la main qu'on lui tendait, on retrouvait la rigidité, qui demeurait pendant toute la durée de l'acte. Et ceci aussi bien du côté droit que gauche. Cependant, en ayant répété cette manœuvre plusieurs fois, la rigidité qui réapparaissait devenait de plus en plus faible pour disparaître totalement vers la 5 ou 6e fois. Aussi l'idée nous vint de changer l'ordre. Nous lui avons donc fait porter la main au menton toujours en invigorant. Au poignet libre nous avons retrouvé la rigidité avec les mêmes caractères que dans l'acte « de toucher et serrer la main ».

A plusieurs reprises, et à quelques jours d'intervalle, cet examen fut fait et le résultat était toujours le même :

La rigidité apparaissait progressivement pendant l'accomplissement de l'acte ordonné pour atteindre son maximum au moment où l'autre main arrivait au but. Une fois ce but atteint, elle disparaissait instantanément. Et un autre fait notable : le même acte répété plusieurs fois ne donnait plus naissance à la rigidité.

Que conclure de cette constatation ? On pourrait invoquer l'établissement d'un champ affectif entre l'observé et l'observateur au cours de l'examen. Ellenberger ne disait-il pas dans sa thèse (1) qu'on peut conclure, comme règle générale, que la passivité diminue et que le négativisme augmente chaque fois que le malade se trouve en présence d'une certaine hostilité. Inversement, l'observation de tous les malades montre que *le négativisme diminue dans la mesure où s'établit le contact affectif entre l'observateur et le malade.*

L'épuisement de la rigidité chez notre malade après l'accomplissement répété d'un acte ordonné est-il dû à l'établissement progressif d'un contact affectif entre notre malade et nous ; au champ psychologique favorable créé entre nous ? Il ne nous semble pas, car, ayant changé l'ordre, la rigidité apparaissait et pourtant si le champ affectif était créé il n'aurait pu disparaître sitôt, les conditions restant les mêmes.

Ainsi, nous croyons pouvoir éliminer l'influence de l'affectivité dans le changement et les variations de la rigidité. Mais alors à quoi peut-on l'attribuer ? Nous nous refusons à toute interprétation et livrons simplement ce fait aux débats espérant que les travaux futurs permettront un jour d'en donner une explication valable.

---

(1) H.-F. ELLENBERGER. — Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie. *Thèse de Paris,* 1933.

Le rôle moteur des circonvolutions préfrontales

par M. A. Rouquier (de Nancy)

Nous avons attentivement étudié, depuis quelques mois, 29 sujets présentant des lésions traumatiques des circonvolutions préfrontales, plus particulièrement des circonvolutions horizontales et du lobe orbitaire.

Chez la plupart d'entre eux, la lésion était certaine : issue de matière cérébrale après fracture de l'os frontal au-dessus de l'arcade sourcilière, esquilles ou projectiles extraits des circonvolutions, lésions superficielles constatées à l'intervention. Chez d'autres, elle était très probable : fracture des sinus frontaux avec hémorragie méningée, de la lame criblée suivie d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par la narine correspondante, ou d'anosmie. Chez la plupart, la lésion était unilatérale et superficielle. Un seul a été l'objet d'une ventriculographie : la corne frontale du côté lésé était dilatée, sans déviation, ce qui permet de supposer l'existence d'une gliose atrophique consécutive au traumatisme.

Aucun d'entre eux ne présentait de troubles auriculaires ni d'autres symptômes d'une fracture du rocher ou de lésion de la fosse postérieure. Aucun ne présentait d'hémiplégie, d'exagération des réflexes tendineux ou de signes pyramidaux controlatéraux, susceptibles de faire envisager l'hypothèse d'une lésion de la frontale ascendante du côté du traumatisme.

Nous avons observé chez un grand nombre de ces sujets des troubles moteurs homolatéraux, chez la plupart d'entre eux des troubles vestibulaires, toujours homolatéraux, des troubles du tonus, le plus souvent de type hypertonique, avec réaction dysmyotonique, superposés aux troubles moteurs, l'hypertonie d'effort, ébauche de préhension forcée, du tremblement de type parkinsonien, presque toujours comme les autres troubles, du côté de la lésion. Nous avons aussi observé d'autres symptômes de parkinsonisme, de l'apraxie, des troubles

de l'orientation, de la notion de position spatiale des membres, plus rarement des troubles d'apparence cérébelleuse.

Nous allons passer en revue ces différents troubles en insistant sur les plus importants. Ils nous permettent d'ores et déjà d'affirmer que le lobe préfrontal a une action bilatérale, mais à prédominance homolatérale très accusée.

1° Troubles moteurs. — Les troubles moteurs homolatéraux sont très fréquents chez les blessés de la région préfrontale. Ils passent fréquemment inaperçus si on n'étudie pas attentivement, par comparaison avec un sujet sain ou le côté opposé, les mouvements segmentaires de flexion, d'extension active des doigts, de latéralité, abduction et adduction de ces derniers, de flexion et d'extension des orteils, de flexion dorsale et de latéralité du pied. Les mouvements des extrémités se font lentement, avec difficulté ; l'amplitude de la flexion dorsale du pied, des mouvements des orteils est très diminuée. Souvent le pied retombe en varus et léger équinisme.

A cette gêne motrice des extrémités, surtout marquée pour les mouvements rapides, se superpose une véritable diminution de la force musculaire, intéressant aussi bien les muscles de l'épaule, le psoas-iliaque, que le quadriceps fémoral ou les muscles de la loge postérieure de la cuisse. Il importe, pour la rendre évidente, de rechercher, par comparaison avec le côté opposé, la chute du bras horizontalement étendu, la chute de la jambe par la manœuvre de Barré, celle de la cuisse par la manœuvre du psoas-iliaque de Mingazzini, qui extériorise en même temps le déficit moteur du quadriceps fémoral, par la chute de la jambe fléchie sur la cuisse.

L'ensemble symptomatique constitué par la chute du bras, les manœuvres de Mingazzini et de Barré, la gêne motrice des extrémités des membres n'est autre, la plupart d'entre vous le savent, que le syndrome pyramidal déficitaire pur, de M. Barré, qui ne s'accompagne d'aucune modification appréciable des réflexes tendineux ou cutanés. Bien qu'il s'observe très fréquemment, à mon avis, dans les lésions pyramidales croisées, nous croyons qu'il vaut mieux, en l'occurrence, le qualifier de syndrome moteur déficitaire, puisque chez les préfrontaux, son origine n'est point pyramidale et qu'on le rencontre du côté malade indépendamment de toute lésion de la zone rolandique ou du faisceau pyramidal du côté opposé.

2° Troubles vestibulaires. — Au déficit moteur se superposent, chez presque tous nos sujets, d'importants troubles vestibulaires aux épreuves cliniques ou instrumentales. Ce sont : l'inclinaison de la tête et du tronc, les yeux fermés, du côté malade, la latéropulsion susceptible d'aller jusqu'à la trépidation sur le membre inférieur du côté atteint, la déviation des bras étendus, plus particulièrement du bras homologue, vers le même côté ; la rétropulsion, la déviation à la marche aveugle, toujours du même côté.

Après rotation sur le fauteuil tournant, nous avons observé la chute du côté du lobe lésé quel que soit le sens de la rotation, parfois après quelques tours seulement, le nystagmus provoqué et la déviation des bras restant conformes à la règle, la déviation post-giratoire anormale de la marche, décrite par M. Delmas-Marsalet.

Il existe aussi de gros troubles du vertige voltaïque. Chez les plus atteints de nos malades, l'inclinaison, la rotation de la tête se faisaient du côté du lobe frontal lésé, quelle que soit la position de l'anode. Il suffisait d'un courant d'une très faible intensité (0,5 ma), lorsqu'elle était appliquée du côté lésé. Lorsque l'inclinaison, la rotation et la chute se produisent, comme à l'état normal, du côté du pôle positif, il existe chez la plupart de ces malades une asymétrie plus ou moins accusée : elles se font sous une intensité beaucoup plus faible du côté du lobe frontal lésé que du côté opposé.

3° Troubles de la série extrapyramidale. — Ce sont d'abord des troubles de tonus statique ou dynamique, les premiers tout à fait comparables à ce que l'on observe chez les parkinsoniens. Assez souvent, au déficit moteur que nous venons d'étudier se superpose, du côté du lobe atteint, une rigidité musculaire ébauchée, facile à mettre en évidence par les épreuves de ballottement ou de passivité et qui suffit pour entraîner l'abolition de certains réflexes tendineux ou périostés comme le cubito-pronateur, les autres étant modifiés comme chez les parkinsoniens, c'est-à-dire à seuil bas, mais l'amplitude du mouvement étant diminuée par l'hypertonie des antagonistes.

Le tremblement statique, rendu apparent par une attitude fatigante prolongée, est fréquent, toujours du côté lésé. Chez deux de ces malades, il était à la fois homolatéral et croisé ;

chez un d'entre eux, il intéressait exclusivement le membre supérieur du côté lésé et le membre inférieur croisé. Ce tremblement offre tous les caractères du tremblement parkinsonien classique.

Chez plusieurs de nos sujets, l'hypertonie d'effort, ou la contracture intentionnelle, ébauche de préhension forcée, pouvaient être mises en évidence par la recherche du signe du biceps. Avec la réaction dysmyotonique, elle s'apparente au groupe des persévérations toniques ; il nous semble bien que le lobe préfrontal est le point de départ des voies motrices extrapyramidales, dont les perturbations commencent à être connues.

Au tableau clinique précédent, il est d'ailleurs possible d'ajouter l'amimie, la diminution des mouvements automatiques et associés, une certaine bradykinésie, une bradypsychie marquée, en somme des signes discrets de parkinsonisme, troubles fonctionnels observés chez ceux de nos sujets dont les lésions paraissaient les plus étendues.

Tous ces symptômes sont d'ailleurs beaucoup moins accusés chez les frontaux que chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, dont nos blessés se rapprochent beaucoup plus que des parkinsoniens séniles. Nous n'avons pas constaté d'exagération des réflexes de posture, ni de roue dentée proprement dite. Mais en enregistrant la contraction électrique du biceps provoquée par des décharges de condensateurs, nous avons pu mettre en évidence, chez beaucoup de nos sujets, une réaction dysmyotonique bilatérale, toujours plus accusée du côté le plus malade que du côté opposé.

Il existe, à notre avis, un syndrome clinique à caractères constants, très fréquemment observé chez les sujets porteurs d'une lésion unilatérale du lobe préfrontal. Ce syndrome est caractérisé par le déficit moteur homolatéral, mis en évidence par les procédés déjà décrits et sur lesquels nous ne voulons pas revenir, les signes vestibulaires homolatéraux, le tremblement de type parkinsonien et l'hypertonie d'effort ; ces derniers symptômes, moins fréquents et moins importants que le déficit moteur et les troubles vestibulaires. Ce sont ces derniers, avec un très léger tremblement statique homolatéral, intéressant surtout le membre supérieur, qui sont, à notre avis, les plus fréquemment observés. Leur recherche est d'une importance capitale, même et surtout après les traumatismes fermés, pour déceler une lésion préfrontale.

4° Nous ne dirons que quelques mots de l'*apraxie,* que nous avons observée du côté opposé à la lésion chez un de nos plus grands blessés, des *signes d'apparence cérébelleuse* plus marqués au membre supérieur qu'à l'inférieur, que nous n'avons rencontrés que chez deux de nos malades, du côté opposé à la lésion. Il s'agissait d'une ébauche de dysmétrie sans tremblement. Le tremblement statique, avec ou sans hypertonie dynamique ou hypertonie d'effort peut donner l'impression que le sujet manque le but dans les manœuvres du doigt au nez ou à l'oreille ; il disparaît pendant l'exécution du mouvement et se manifeste lorsque le but est atteint, la position du membre n'étant pas habituelle. Le sujet ne peut maintenir son doigt sur le nez ou sur l'oreille. Mais il ne s'agit pas, à proprement parler, de dysmétrie ou d'hypermétrie.

La *perte de la notion de position spatiale* (1) des membres sans aucun trouble de la sensibilité superficielle ou profonde, l'*asomatognosie* sont fréquents, en particulier au niveau de la main et du pied du membre homolatéral. Il s'agit d'un ensemble de troubles complexes, superposés à ceux, beaucoup plus simples, que nous avons passés en revue et qui sont, à dire vrai, mieux connus que ces derniers, cependant beaucoup plus importants.



Ces considérations appellent quelques brefs commentaires. Elles confirment, dans l'ensemble, très exactement, les recherches expérimentales et cliniques de Munk, Grosglick, Rothmann, Muskens, Delmas-Marsalet (2), etc., concernant les relations du lobe préfrontal et de l'appareil vestibulaire. Elles confirment les résultats des expériences d'excitation corticale, pratiquées par Fulton (3) sur le singe, au niveau de l'aire motrice et prémotrice. Cet auteur rappelle que Foerster avait vu que, chez un homme dont l'aire motrice d'un membre inférieur avait été détruite, une stimulation forte de l'aire 6 *a* donnait lieu à un lent mouvement de la tête et de l'épaule et à des mouvements complexes des extrémités. A l'état normal, l'excitation de l'aire 6 *a* est transmise à l'aire 4, située immédiatement en arrière : aussi obtient-on un effet direct sur le membre croisé, absolument comparable à celui que donne l'excitation de l'aire 4. Il n'en est plus de même si le faisceau pyramidal a été préalablement détruit, ou si, par une inci-

sion du cortex, on sépare les deux aires l'une de l'autre en coupant les connexions superficielles qui les unissent. La faradisation forte de l'aire 6 *a* produit une rotation de la tête, des yeux et de la nuque du côté opposé. Les mouvements seraient transmis par une voie extra-pyramidale allant de l'aire 6 *a* aux centres inférieurs.

Fulton, poursuivant ces recherches, a constaté que la lésion unilatérale de l'aire prémotrice cause des désordres dans le mécanisme postural des singes et dans le mécanisme des mouvements volitionnels complexes. Il pense que la région prémotrice est l'origine de la plus grande partie de la voie motrice extra-pyramidale. Rothmann avait déjà écrit : « Si, comme il est probable, il existe des connexions entre la région frontale et les muscles du tronc, elles doivent être interrompues par quelques noyaux gris du mésocéphale. »

Tout récemment, enfin, M. Donaggio (4) a apporté, à l'appui de la thèse des relations entre le lobe préfrontal et le mystérieux appareil extra-pyramidal, un remarquable ensemble de faits cliniques et anatomiques. De Nigris (5), chez les blessés de la région préfrontale, a constaté des troubles fonctionnels et des signes objectifs de la série extra-pyramidale.

Mais nous ne croyons pas que l'action motrice homolatérale des circonvolutions préfrontales ait pu, avant nous, être rendue évidente aussi facilement que l'étude systématique de la chute du bras étendu, des manœuvres de Barré et de Mingazzini, celle des mouvements actifs des doigts, des orteils et du pied nous a permis de le faire. Qu'il nous soit permis d'ajouter que chez ceux de nos blessés qui présentaient des crises d'épilepsie de type jacksonien ou généralisé, l'aura se fait habituellement par la déviation de la tête du côté malade ou des troubles anormaux (paresthésies, crampes, contractures) dans les membres qui correspondent au côté lésé.

Si l'action des circonvolutions préfrontales est bilatérale, elle prédomine nettement du côté correspondant au lobe lésé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marie, Bouthier et Van Bogaert. — Sur les cas de tumeur préfrontale. *Revue Neurologique,* 1924. — Marie et Béhague : Syndrome de désorientation dans l'espace consécutif aux plaies profondes des lobes frontaux. *Revue Neurologique,* 1919, p. 3-14.

2. Munk. — *Sur les fonctions de l'écorce cérébrale,* Berlin, 1890. — Grosglik : Sur la physiologie des lobes frontaux. *Arch. f. An. und Phys.,* 1895. — Rothmann : Demonstration den Beziehungen von Groshirn und Kleinhirn. *Neur. Zbl.,* 1912. — Muskens : Anatomical study of the posterior longitudinal nundle in its relations to fornd movements. *Brain,* 1914, part. 2. — Delmas-Marsalet : Lobe frontal et équilibre. *Encéphale,* janvier 1936.

3. Fulton, Kennard et Vietz. — The syndrome of the premotor cortex by man. *Brain,* 1934, p. 69. A Study of flouid and spastic lesions of the cerebral cortex in primates Proc. of the Ass. for research in *Nerv. and Ment. Dis.,* 1932.

4. Donaggio. — Lobes frontaux et système moteur extra-pyramidal (données anatomo-pathologiques). Communication au Congrès de Londres (1935), in *R.N.,* octobre 1935, p. 539. — De Nigris : Contribution à la connaissance du syndrome pré-pyramidal chez l'homme, in *R.N.,* octobre 1935, p. 553.

5. Claude. — Les fonctions du lobe frontal. Congrès de Londres, 1935, in *R.N.,* octobre 1935, p. 518.

Le problème des localisations dans le diencéphale

par M. le Prof. W. R. Hess (de Zurich)

La physiologie du système nerveux central a, grâce à la clinique, bénéficié de nombreuses et remarquables découvertes. Elle a, de son côté, également apporté quelques éclaircissements dans le domaine des recherches médicales. La complexité des problèmes à résoudre a toutefois empêché jusqu'à présent un rapprochement plus intime des deux disciplines. C'est pourquoi j'ai appris avec plaisir et avec reconnaissance qu'un sujet d'ordre physiologique avait été prévu au programme du Congrès, et je suis heureux de pouvoir vous rendre compte aujourd'hui des recherches qui m'occupent depuis une dizaine d'années.

Je vais vous parler de l'excitation électrique du diencéphale par une méthode qui tient compte des diverses particularités des couches profondes du système nerveux en général et de l'appareil végétatif nerveux en particulier.

C'est la méthode qui crée le résultat. Ce fait trouve son application dans le domaine du système nerveux central plus que partout ailleurs. Mon rapport traitera donc surtout de la technique employée dans mes recherches. Afin de tirer parti des avantages d'un contact personnel, je renoncerai à de longues descriptions et me bornerai à vous présenter un film qui vous montrera mieux que des paroles de quoi il s'agit. Quant aux résultats de mes recherches, je suis obligé, étant donné le peu de temps dont nous disposons, de vous en montrer simplement quelques exemples et de vous renvoyer pour plus de détails à l'ouvrage qui paraîtra très prochainement.

Projections

A. *Film sur la méthode.*

1. Electrodes dans leur monture, vues de devant, de côté et d'en haut.

2. Schéma montrant la grandeur des électrodes.

Echelle 1 mm. carré.

3. Porte-électrodes vu de devant, de côté, d'en haut et d'en bas. Dessin schématique du porte-électrodes.

4. Porte-électrodes fixé au crâne hémi-sectionné.

Comment on pose les baguettes conductrices et comment on enfonce les électrodes.

5. On enfonce les électrodes dans le crâne trépané de l'animal insensibilisé au protoxyde d'azote.

B. *Film sur les symptômes.*

Rotation de la tête. — Mouvements rythmiques des extrémités antérieures. — Lèchement. Polypnée thermique. — Vomissement. — Toux ; éternuement. — Défécation.

C. Quelques projections montrant le rôle important joué par le diencéphale dans la respiration et la circulation.

D. Clichés montrant les sections en rapport avec la respiration et la circulation.

Les réflexes dorsaux de l'homme

par M. le Prof. O. Veraguth (de Zurich)

Dans le volume de la *Revue Neurologique,* paru en 1904, on trouve un travail de Bertolotti, et dans celui de 1912 une communication de Noica sur les réflexes cutanés du dos chez l'enfant normal. Depuis ce temps il n'y a plus — sauf erreur — dans la littérature neurologique française, d'autres remarques sur ce sujet.

Qu'il me soit donc permis d'attirer un moment votre attention sur les réflexes dorsaux de l'homme en général — réflexes qui probablement ne sont pas dépourvus d'une certaine importance clinique, et qui sûrement sont intéressants du point de vue biologique.

Les réflexes dorsaux de l'homme sont caractérisés par leur zone réflexogène, qui entre les lignes axillaires postérieures de deux côtés s'étendent du premier jusqu'au douzième dermatome dorsal. Les stimulations par le toucher, le froid et la douleur des récepteurs superficiels et profonds de toute cette région provoquent des réactions de la part des muscles du dos et des extrémités. Chez le nourrisson, ce ne sont que les stimulations cutanées qui produisent ces réflexes tandis que chez l'enfant et chez l'adolescent la pression profonde a le même effet.

Les réactions musculaires sont homolatérales. Si la stimulation est appliquée à la ligne médiane, elles sont symétriques.

L'examen des réflexes dorsaux exige certaines conditions.

La personne à examiner doit être couchée sur le ventre, la tête bien soutenue dans une position médiane et sans rétroflexion, les bras reposant en légère abduction sur le lit.

La réponse musculaire se fait surtout par l'érecteur du tronc, dans sa totalité ou bien seulement dans ses parties superficielles. Mais elle peut aussi se manifester dans les muscles plats du dos et dans les muscles des extrémités, surtout dans ceux qui sont près du tronc, c'est-à-dire dans les adducteurs et le triceps brachial et dans les fléchisseurs de

la jambe, voire même, en cas d'hyperréflexie dans des muscles plus éloignés.

Si les réflexes sont prononcés, la suite de ces réactions musculaires est surtout une déviation concave intense de la colonne vertébrale ; si par contre ils ne le sont pas, il n'y aura pas d'effet visible de mouvement du squelette.

Or, ce qui distingue les réflexes dorsaux de tous les autres réflexes de l'homme, c'est leur développement extraordinaire. Il y a lieu de supposer avec Galant, de Léningrad, qu'il s'agit là des réflexes sensitivo-moteurs phylogénétiquement les plus anciens. Cela ne nous occupera pas pour le moment. Par contre, leur ontogénèse est fort remarquable. Les études de Minkowski sur les réflexes fétaux montrent, qu'ils existent — eux aussi — avant la naissance de l'enfant. Chez le nouveau-né et le nourrisson, le développement de ces réflexes est le plus accentué. Il est probable qu'il n'y ait pas un seul enfant de cet âge qui n'en ait pas.

Au fur et à mesure de la croissance, ils deviennent plus faibles, et au cours de l'adolescence ils diminuent de plus en plus chez la plupart des individus, de sorte qu'à peu près à la fin de la croissance vous ne les constaterez que chez un nombre restreint des personnes examinées.

Mon élève Walthard a étudié la disparition normale de ces réflexes chez à peu près mille individus jeunes, lors du recrutement dans les montagnes. Il en conclut que, sauf quelques exceptions, chez cette population masculine montagnarde les réflexes dorsaux disparaissent entre la 19[e] et 20[e] année. Des contrôles de 55 étudiants étrangers et suisses faisant du sport rendaient vraisemblable que les étrangers à l'âge de 19 ans avaient perdu leurs réflexes dorsaux dans un pourcentage plus élevé que les Suisses.

Il y a sans doute un nombre d'individus dont les réflexes dorsaux semblent persister à jamais. On a l'impression que ce sont surtout des personnes qui présentent en même temps des stigmates neurovégétatifs.

Mais voici ce qui est curieux : dans des conditions particulières les réflexes dorsaux réapparaissent d'un côté chez les individidus, qui n'en avaient plus eu. Le cas chez lequel ce phénomène fut, en 1914, probablement pour la première fois observé, soit brièvement résumé :

Un malade présentant une schizophrénie se tira, dans une tentative de suicide, une balle de revolver à travers le front

dans l'hémisphère droit. Les rayons X décèlent le projectile dans le centre sémiovale du lobe pariéto-occipital. Quelques jours après le coup, le malade fut minutieusement examiné et il n'offrait à ce moment pas un seul symptôme neurologique à l'exception d'une contraction forte de l'érecteur du tronc et des muscles plats du côté droit dès que, lors de l'examen de la sensibilité, les stimulations furent appliquées sur la moitié droite du dos. Si l'on répétait les mêmes irritations, les réflexes s'épousaient. Après frottement avec l'ongle du doigt répété, les réponses musculaires disparurent. Si alors on piquait la même partie, ils réapparaissaient, pour disparaître de nouveau après répétition de la même stimulation et pour réapparaître de nouveau dès que la piqûre fut remplacée par le froid.

Lors d'un contrôle fait quelques semaines plus tard, les réflexes dorsaux de cet individu avaient disparu pour toujours.

Cette observation fut confirmée chez un nombre considérable de lésions cérébrales en foyer — qu'il s'agissait des cas d'hémorragie, des tumeurs ou de traumatisme : dans tous ces cas, la réapparition isolée des réflexes dorsaux du côté de la lésion ne se manifestait que pour un temps limité.

Il est hors de doute que la réaction bien connue des tabétiques souffrant d'une hyperesthésie pour le froid localisé au dos n'est qu'une forme partielle des réflexes dorsaux.

Une observation très intéressante dans un cas de lésion transverse totale de la moelle dorsale mérite d'être mentionnée :

Après une seule pression profonde dans la région lombaire du malade couché sur le ventre, le bassin se levait et se baissait alternativement, dans un rythme de 5 à 6 fois dans dix secondes.

Dernièrement Œfelein (1), de Dresde, a publié des observations concernant les réflexes dorsaux chez des malades atteints d'ulcère de l'estomac et au duodénum. Il a constaté la réapparition de ces réflexes sur le côté gauche s'il s'agissait d'ulcères de l'estomac, sur le côté droit si l'ulcère était du duodénum. J'ai pu confirmer ces jours-ci ces constatations chez un petit nombre de tels malades. Mais je dois ajouter

(1) Œfelein (F.). — Halbseitige Rückenreflexe bei Ulcûs duodeni & ventriculi. *Kli. W°*, n° 26, S. 928, 1935.

que dans ces cas la technique de l'examen doit être très minutieuse afin que les réflexes unilatéraux ou unilatéralement plus prononcés soient provoqués.

Ces quelques allusions suffiront pour vous montrer que les réflexes dorsaux de l'homme ont une certaine importance pour la clinique.

L'intérêt biologique de ces réflexes peut se concentrer sur les questions suivantes : pourquoi les nourrissons ont-ils les réflexes dorsaux si vifs ? Pourquoi disparaissent-ils au cours de l'adolescence ? Pourquoi réapparaissent-ils chez des malades atteints de certaines affections ?

Pour répondre à ces questions, j'admets l'hypothèse suivante : Les réflexes dorsaux de l'enfant qui, pour la plupart du temps est couché sur le dos, servent de réflexes formateurs. Chaque mouvement de l'enfant provoque une irritation du dos, qui est suivie d'une action plus intense de la musculature dorsale. Ceci exerce la sensibilité proprioceptive des mouvements de la colonne vertébrale, de cette partie donc de l'appareil locomoteur, dont le perfectionnement fonctionnel sera d'une importance primordiale pour la position assise, pour la station debout et pour la marche. Quand l'enfant apprend à se tenir debout et à marcher, cette sensibilité de la colonne vertébrale est exercée à un tel point, que celle des extrémités inférieures peut se développer plus librement. A partir de ce moment, les réflexes dorsaux perdent petit à petit leur importance et disparaissent — c'est-à-dire ils sont de plus en plus supprimés par des instances supérieures. Une lésion de ces instances supérieures, autant que nous savons au cerveau, annihile ces phénomènes d'inhibition. Mais cela ne se fait que temporairement parce que après un certain temps le parenchyme resté intact se charge de cette inhibition.

Une sensibilisation prononcée de la moelle épinière peut augmenter l'excitabilité du substratum anatomique des réflexes dorsaux, qui est probablement constitué pour une bonne partie par les tractus phylogénétiquement plus anciens, situés autour de la substance grise. Cette hyperréflexibilité existe sans doute dans la radiculite tabétique et dans l'irritation des nerfs végétatifs dans l'ulcère gastrique ou duodénal.

Il me reste de signaler l'intérêt biologique de la phylogénèse des réflexes dorsaux. Je ne me permets que quelques allusions: par exemple des faits constatés pendant le dressage des chevaux. La succession d'irritation et de réaction de la muscu-

lature dorsale devient une habitude fixée de l'animal se basant sur un mécanisme préformé qui certainement peut être mis en analogie étroite avec les réflexes dorsaux de l'homme. Il faut aussi songer au réflexe caudal du chien-reflex de Sherrington.

Je suis persuadé que les réflexes dorsaux constitueront un domaine assez intéressant de cette nouvelle science, qu'est la Neurologie comparée.

Discussion

M. R. Brun (de Zurich) confirme les recherches de M. Véraguth. En effet, j'ai vu réapparaître les réflexes dorsaux comme « signe d'isolation » dans plusieurs cas de traumatisme cérébral grave ; d'autre part, j'ai observé, comme M. Véraguth, la persistance de ces intéressants réflexes dans des cas de débilité présentant en même temps des petits signes de malformation (arrêt de développement) cérébral.

Les anomalies du Canal de Sylvius et la Pathogénie de l'Hydrocéphalie

par MM. Mazhar-Osman Uzman et Ihsan Schukru-Aksel
(Istanbul)

De nombreuses théories cherchent à expliquer la pathogénie de l'hydrocéphalie. Il est admis de différencier l'hydrocéphalie en congénitale et acquise. Pour l'acquise, elle est due à l'encéphalite, à la méningite et à un traumatisme de la première enfance. Quant à l'hydrocéphalie congénitale, on incrimine un manque ou une quelconque déficience dans la circulation du liquide céphalique.

Dandy, expliquant l'hydrocéphalie dite d'obstruction, donne comme cause l'obstruction de l'un ou des deux trous de Monro, du quatrième ventricule, du canal de Sylvius, des canaux de Luschka et de Magendie ; pour les communicantes, le blocage des cisternes de la base. Il a d'ailleurs expérimentalement prouvé que l'obstruction, à la naissance, de la Vena Magna Galeni, provoquait l'hydrocéphalie. Merle, avec raison, soutient que ce n'est pas seulement dans une altération de la Vena Magna qu'il faudrait en chercher la cause, mais bien dans les lésions de ses embranchements. Ce qui revient à incriminer une épendymite diffuse ou une méningite.

Certains auteurs considérant que le liquide céphalique prend sa naissance dans les toiles choroïdiennes, y cherchent les causes de l'hydrocéphalie. Une observation de Hassin dénie ce point de vue. Cet auteur, dans un cas d'hydrocéphalie très avancé, chez un enfant, malgré de sérieuses recherches, n'a pu trouver dans les ventricules latéraux, fortement dilatés, trace de toile choroïdienne, la parcelle primaire dans le quatrième ventricule exceptée. Ce dernier ne communiquait pas avec les autres.

Ceci montre que se baser seulement sur le fait que le liquide céphalique prenant sa source dans les toiles choroï-

diennes, l'on doit s'y attacher quant à l'une des causes de l'hydrocéphalie n'est ni suffisant, ni justifié.

De Lange, dans ses études sur l'hydrocéphalie, les partage en deux : congénitales et acquises. Dans neuf cas qu'il a étudié, deux congénitaux avaient pour cause les anomalies du canal de Sylvius. Un autre, c'était l'anomalie des veines, et, par suite, obstruction du canal sylvien.

Pour l'hydrocéphalie acquise, dans deux cas, obstruction du Sylvius par un gliome ; deux autres cas : obstruction par une membrane due à une inflammation ; dans un autre cas, l'inflammation du mésencéphale avait recouvert totalement le canal de Sylvius. Dans presque tous ces cas, il a constaté l'obstruction de ce canal.

D'ailleurs, même d'après Dandy, les 50 % des hydrocéphalies congénitales sont dues à l'obstruction du canal de Sylvius.

Mme Wolf, dans un cas étudié, avait remarqué le blocage du quatrième ventricule par une membrane. Le canal de Sylvius était indemne. Quant à Globus et Strauss, ils ont constaté qu'une épendymite diffuse subaiguë avait bouché le canal sylvien ainsi que les trous de Monro.

M. Dott a constaté une hydrocéphalie unilatérale chez un enfant de neuf mois. A l'opération, on voit que le trou de Monro, du côté lésé, était fermé par des adhérences inflammatoires et que le plexus de ce même côté était totalement inclus dans ces adhérences.

Certains auteurs prétendent que des fois l'hydrocéphalie est due au rachitisme. Mais les preuves anatomiques manquent jusqu'ici.

Le cas étudié par nous montre par certains côtés certaines particularités que l'on rencontre dans la pathogénie de l'hydrocéphalie.

Obs. I. — M..., âgé de 10 mois, est hospitalisé le 4 juillet 1935. D'après les dires de ses parents, à 6 mois, il a eu une grosse fièvre, pendant 15 jours (cause indéterminée). Un soir, il se réveille avec un grand bruit, d'un coup ; il a peur, perd connaissance une ou deux fois. La famille, quelques temps après, constate que l'enfant ne voit pas. La tête commence à grandir ; on l'emmène à notre clinique. Il a trois frères sains ; un autre frère est mort à 2 mois d'une maladie à grosse fièvre. Deux avortements chez la mère, dont un provoqué. Chez les parents, pas de syphilis, pas d'épilepsie ni aucune maladie mentale autre. Les parents sont abstinents; ils ne prennent pas d'alcool ni aucun autre toxique. A

l'observation, on remarque de suite que l'enfant est aveugle ainsi qu'une hypertonie musculaire ; le malade est faible et maigre. La tête est grosse, il ne peut la tenir droite. La circonférence du crâne est de 45 cm. Les mouvements chez le malade sont lents et exécutés avec résignation. Les mouvements actifs sont nuls. Les réflexes dans les membres sont exagérés. Le signe de Babinski est positif des deux côtés. Pas de mouvements cloniques, ni de contractures. Pas de troubles trophiques. La sensibilité à la chaleur et au toucher sont normaux. Rien d'anormal dans le sang, le L. C.-R. et l'urine. La tension du L. C.-R. est de 80 au manomètre de Claude. Le malade succombe à une entérocolite le 18-3-36. Le

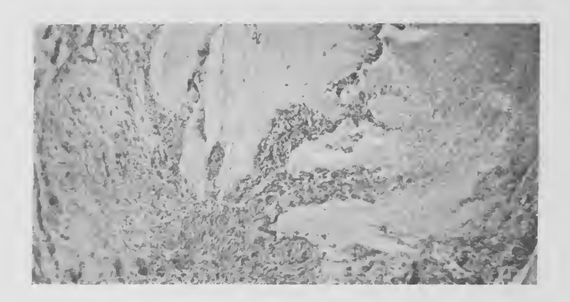


Fig. 1. — Hyperplasie des méninges dans la Scissure de Sylvius.

cerveau seul fut autopsié. Les ventricules sont augmentés de volume. Les méninges épaissies ; leur couleur est louche vers les bases. Le cerveau est très anémié. Un épaississement des méninges qui part des cisternes basales vers le canal de Sylvius attire l'attention. Pas de Septun lucidum. Au niveau des cornes postérieures on voit des restes de toile choroïdienne.

Microscopie : On remarque une hyperplasie des méninges qui part de la grande cisterne s'étendant jusqu'à la scissure de Sylvius (Fig. I). Pas d'inflammation, des rares lymphocytes dégénérés autour de certains vaisseaux. L'hyperplasie est grandement augmentée vers la naissance de la scissure de Sylvius droite. Les ventricules latéraux sont très dilatés ; on remarque, aux abords de ceux-ci, des cellules surchargées de lipoïde (Fig. 2). De même dans ces parties, le glia est augmenté et l'on voit des chutes de myéline. Il n'y a point d'infiltration. Par place, on remarque des chutes de cellules

épendymaires. Celles qu'on rencontre dans certaines zones montrent l'aspect d'être pressées les unes sur les autres. On a l'impression que ces modifications proviennent de la pression de l'hypertension intraventriculaire. Les cellules du cortex sont assez bien conservées. Les méninges, dans les convexités du cerveau, montrent certaines augmentations dans certaines parties ; pourtant pas d'infiltration.



Fig. 2. — Dégénérescence lipoïdique des parois ventriculaires.

Nous avons constaté que les altérations et les modifications les plus intéressantes sont du canal de Sylvius. La partie haute était élargie, depuis le milieu, vers les côtés, il se segmentait en parties glandulaires et se rétrécissait (fig. 3). Dans une partie, des cellules épendymaires, en grand nombre, obstruaient presque le canal de Sylvius (fig. 4). Autour du canal ainsi dentelé, on remarque une augmentation de glia fibreux (fig. 5). Pas de signe d'infiltration. L'étude de la toile choroïdienne, dans certaines parties, montre très peu de cellules épithéliales entre les vaisseaux très dilatés (fig. 6). Par contre, dans d'autres parties, des masses de cellules pressées, pauvres en vaisseaux (fig. 7).

De prime-abord, nous sommes sous l'impression d'être de-



Fig. 3. — Dentelure du canal de Sylvius.

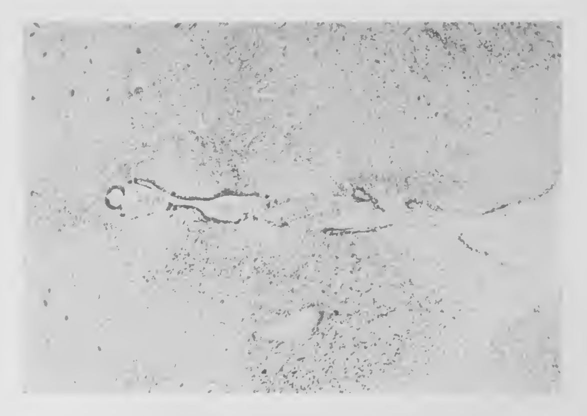


Fig. 3 *bis*. — La partie inférieure du canal de Sylvius.

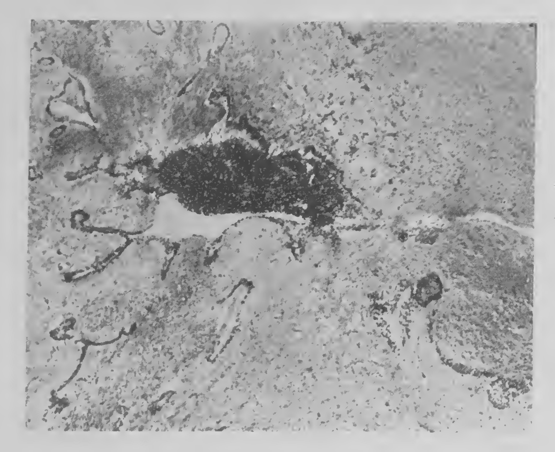


Fig. 4. — La segmentation glandulaire du canal de Sylvius et augmentation des cellules épandymaires qui l'obstruent.

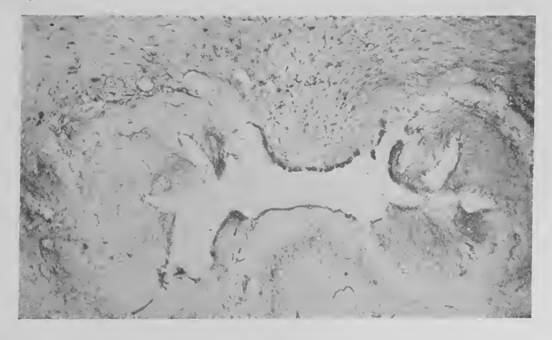


Fig. 5. — Augmentation neuroglique autour du canal de Sylvius.

vant une hydrocéphalie acquise à la suite d'un processus inflammatoire dans la première enfance.

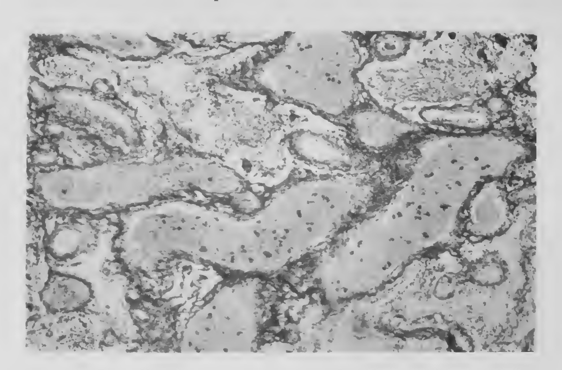


Fig. 6. — Plexus choroideus. Peu de cellules épithéliales. Dilatations des vaisseaux.

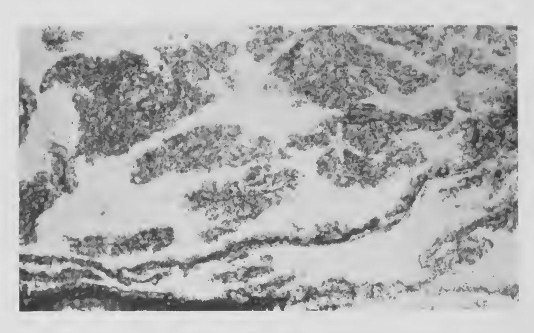


Fig. 7. — Plexus choroideus. Amas de cellules épithéliales pressées.

L'anomalie, très accentuée, du canal de Sylvius, constatée à l'autopsie, nous fait changer d'avis. Il se peut que les restes

d'une inflammation remarquée dans la scissure de Sylvius et dans les environs de la grande cisterne ont été la cause qui aurait déclanché l'hydrocéphalie, reliée, en premier lieu, à l'anomalie du canal de Sylvius. Dans la plupart des cas de de Lange, on remarque l'anomalie du canal, tant congénitale qu'acquise. C'est de ce point de vue que notre cas démontre une fois de plus combien les altérations du canal de Sylvius, tant congénitaux qu'acquis, tiennent une place prépondérante dans la pathogénie de l'hydrocéphalie.

BIBLIOGRAPHIE

W. E. Dandy. — Experimental Hydrocephalus. *Ann. S.*, 1919, *Bull. Hopkins Hosp.*, 1921, n° 359, 361.

Merle. — Etude sur les épendymites cérébrales. *Thèse de Paris,* 1910.

Hassin. — *Transaction American neurological Association,* 1931.

C. de Lange. — *Z. Neur.*, Bd. 120, 1929.

E. Wolf. — *Frankf. Z. Path.*, 52, 1921.

J. H. Globus et I. Strauss. — *Arch. of Neur.*, 19, 1928.

M. Dott. — *Brain,* 50, 548, 1927.

Le syndrome d'Adie en pratique médicale

par M. le Prof. W. Löffler (de Zurich)

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans les détails de la description clinique et la pathogénie de la maladie d'*Adie* ou mieux dit du *syndrome* d'Adie. Ce que nous nous proposons, c'est de mettre en relief la *portée pratique* de la connaissance de ce syndrome, sa signification au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Nous parlons du syndrome d'Adie si, de préférence chez des femmes de 20 à 40 ans, le réflexe lumineux des pupilles, examiné avec les sources de *lumière ordinaires,* est aboli, tandis que les pupilles se contractent dans la vision rapprochée quand l'accommodation et la convergence entrent en jeu, toutefois le symptôme se distingue du signe d'Argyll-Robertson par le fait que la réaction à la convergence est *lente, tonique,* mais *très marquée,* et qu'immédiatement après la contraction pupillaire il se fait une dilatation qui est également lente, plus lente souvent que la contraction même (type Strasburger) ou alors que la pupille reste contractée pendant un certain temps (type Saenger).

Le phénomène est d'ordinaire *unilatéral,* ce qui, pour le signe d'Argyll-Robertson, est très *rare,* et tandis que le signe d'Argyll-Robertson est, très fréquemment au moins, accompagné de myosis, dans le syndrome d'Adie, la pupille est plus ou moins dilatée du côté malade. Il existe donc des différences nettes entre les deux syndromes. On peut ajouter qu'à l'examen ophtalmologique l'iris présente des signes d'atrophie, surtout à son bord pupillaire. En outre, la pupille présente une certaine réaction à la lumière, pourvu que celle-ci soit très intense, comme c'est le cas pour la lampe à fente de Gullstrand.

Le phénomène pupillaire décrit est connu depuis longtemps sous le nom de réaction pupillaire myotonique (de Saenger). Des cas correspondants ont été rapportés il y a longtemps par bien d'autres auteurs (Magitot, Galezowski, Dejerine).

Je ne parle pas ici de la lutte qui s'était engagée quant à la dénomination « myotonique » qui aurait pu faire penser à la maladie myotonie.

C'est le mérite d'*Adie* d'avoir, le premier, attiré l'attention sur le fait que cette réaction pupillaire dite myotonique, donc de préférence unilatérale, est fréquemment associée à des troubles de réflexes *tendineux,* à l'abolition ou l'atténuation des réflexes rotuliens ou achiléens. C'est à ce moment que surgit l'obligation du diagnostic différentiel entre le tabès et le syndrome d'Adie.

Le signe d'Argyll-Robertson, le vrai signe, s'accompagne si souvent de manifestations syphilitiques, qu'on a voulu, un certain temps, le considérer comme stigmate de cette infection. Il est généralement établi que le vrai signe d'Argyll-Robertson se rencontre, quoique rarement, en dehors de la syphilis ; un nombre d'auteurs en ont donné des exemples. Il se trouve rarement dans la syringomyélie (Dejerine et Miraillé, Sicard), dans les lésions du pédoncule cérébral (Guillain et collaborateurs), dans l'*encéphalite épidémique,* dans l'atrophie musculaire progressive et très rarement même dans la sclérose en plaques.

Mais ce ne sont pas ces cas qui présentent des difficultés de diagnostic. Ce sont les cas décrits par Adie, chez lesquels le syndrome pupillaire (myotonique il est vrai) est associé à l'abolition des réflexes *tendineux* ou à une inégalité de ces réflexes.

Ces cas ont été considérés très fréquemment il n'y a pas de doute, comme des cas de tabès, tabès que l'on caractérisait de tabès forme fruste (incipiens), de tabès stationnaire, de tabès avec signe d'Argyll-Robertson *unilatéral,* etc. Si on avait fait un traitement soit au salvarsan, au mercure ou au bismuth, soit une malaria, on considérait ce soi-disant tabès comme arrêté dans sa progression ou guéri et on était incliné à attribuer la guérison à l'intervention thérapeutique.

Lorsque notre attention a été dirigée sur le syndrome d'Adie, nous avons revu nos feuilles de malades concernant les cas de tabès forme fruste ou de tabès dit stationnaire, de tabès suspect, etc., et nous avons trouvé, comme il était à prévoir, parmi ces cas, un certain nombre de syndromes d'Adie.

Le chiffre s'élève à 14 cas de syndromes d'Adie, la plupart desquels avaient été en observation sous les étiquettes diagnos-

tiques mentionnées ci-dessus, 2 cas nous ont été envoyés par la Clinique ophtalmologique.

Le cas le plus instructif concerne une femme âgée aujourd'hui de 63 ans, qui, à l'âge de 30 ans, s'est présentée à la policlinique. Elle avait été considérée alors comme tabétique. Il y a 15 ans, j'ai cru devoir confirmer le diagnostic de tabès stationnaire : signe d'Argyll-Robertson unilatéral, abolition des réflexes tendineux. La policlinique neurologique avait, en 1922, sous M. de Monakow, confirmé ce diagnostic.

En 1923, une ponction lombaire a donné un liquide céphalo-rachidien *normal* à tous les points de vue. L'examen répété cette année, donc après 13 ans, donna le même résultat négatif. Vue l'absence de progression de la maladie, on avait renvoyé un traitement spécifique d'année en année. On y avait renoncé définitivement en 1923, vu le résultat négatif du liquide céphalo-rachidien.

Des 14 cas, 2 ont présenté des lésions syphilitiques. Dans l'un des cas, il s'agit d'une paralysie générale des plus nettes, qui présente toutes les réactions dans le liquide, mais qui n'offre pas le signe d'Argyll-Robertson, mais une réaction myotonique unilatérale classique. Le traitement par la malaria s'est imposé dans ce cas.

Dans un autre cas concernant une femme de 24 ans, l'infection syphilitique a eu lieu il y a 4 ans. L'été passé, donc 3 ans après l'infection, elle présentait pour la première fois des différences pupillaires. La pupille la plus dilatée présente une réaction myotonique des plus nettes. Si la malade fait un effort d'accommodation, il en résulte pour un moment une vision trouble due à la difficulté d'accommodation. Liquide céphalo-rachidien normal. Il s'agit donc ici d'un cas de syndrome d'Adie accompagnant une affection syphilitique et peut-être même d'origine syphilitique, mais qui aurait une valeur pronostique différente du signe d'Argyll-Robertson.

Dans ces deux cas cités, le traitement antisyphilitique s'impose. Dans les douze cas qui restent, nous n'avons fait de traitement spécifique que dans deux cas, malgré que nous les ayons pris tous pour des cas de tabès, soit dans les stades les plus initials, soit stationnaires ou très légers. Le traitement s'est fait dans deux cas parce qu'on avait l'impression d'une certaine progression des symptômes. On y a renoncé dans les autres, vu l'absence de progression de la maladie et vu

les résultats très médiocres que présente un traitement spécifique du tabès.

Pour le praticien, le syndrome d'Adie mérite la dénomination de pseudo-tabès encore à plus juste titre que le pseudo-tabès des alcooliques. Le diagnostic différentiel vis-à-vis du tabès n'est pas difficile dès qu'on pense à la possibilité d'un syndrome d'Adie. Les particularités de la réaction myotonique et la négativité des réactions du liquide céphalo-rachidien permettront en général de distinguer ces deux affections. De grandes difficultés surgissent dans les cas de combinaison d'affection syphilitique et de maladie d'Adie, mais dans ces cas la thérapeutique spécifique s'impose.

Pour résumer, on peut dire que le syndrome d'Adie est assez fréquent. On le retrouve dans les cas considérés comme tabès, tabès stationnaire ou d'une progression extrêmement lente. Nous voyons la signification du diagnostic dans les faits suivants :

1° Le fait d'avoir méconnu une maladie bénigne qui simule le tabès nous a conduit très probablement à considérer le tabès comme étant d'un pronostic moins sévère qu'il ne l'est en réalité ;

2° On a soumis à tort à un traitement spécifique des cas de ce genre et on a

3° pris pour efficace un tel traitement en supposant que c'était le traitement qui avait arrêté la progression du tabès tandis qu'on avait traité une maladie foncièrement bénigne.

La connaissance du syndrome d'Adie nous rapproche donc comme tout progrès médical de la réalité.

La chronaxie dans les torticolis spasmodiques
Ses variations
sous l'influence des éclairages colorés

Par MM.

Georges BOURGUIGNON et Marcel MONNIER

Electro-Radiologiste de la Salpêtrière. Directeur du Laboratoire d'Electro-physiologie de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes.

Assistant étranger à la Clinique Neurologique de la Salpêtrière

---

I. — LA CHRONAXIE DANS LES TORTICOLIS SPASMODIQUES

Dans les torticolis spasmodiques, la chronaxie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze cervical est normale du côté du spasme et augmentée du côté apparemment sain, comme l'un de nous l'a depuis longtemps démontré (1). Ce n'est, d'ailleurs, qu'un cas particulier d'une loi très générale que cet auteur exprime en disant que les muscles atteints de contracture ou de spasme sont les muscles d'excitabilité normale, antagonistes des muscles dont la chronaxie est augmentée. Dans les mouvements et l'équilibre de la tête, les muscles trapèze cervical et sterno-cléido-mastoïdien d'un côté peuvent être considérés comme les antagonistes des mêmes muscles du côté opposé. Si la chronaxie augmente d'un côté, l'équilibre des chronaxies est rompu et la tête est entraînée par les muscles dont la chronaxie est la plus petite, c'est-à-dire ceux où elle est restée normale. De ces faits, l'un de nous tire la conclusion qu'on ne peut pas parler du

---

(1) G. BOURGUIGNON. — La chronaxie dans le torticolis spasmodique, et autres états spasmodiques. *Revue neurologique*, n° 6, juin 1929.

« tonus » d'un muscle pris isolément, mais seulement *du rapport de tonus* de deux muscles ou deux groupes de muscles antagonistes. *Le rapport des chronaxies exprime le rapport de tonus.*

Dans le torticolis spasmodique, le plus souvent la chronaxie augmente de 2 à 4 fois la normale du côté opposé à celui où siège le spasme ; exceptionnellement, elle peut arriver jusqu'à 9 ou 10 fois la valeur normale. Du côté spasmodique, la chronaxie reste le plus souvent normale, mais peut quelquefois diminuer légèrement sans jamais descendre au-dessous de la moitié de la normale.

Ces faits reposent actuellement sur un nombre d'expériences tel qu'on peut dire qu'ils ne comportent aucune exception.

II. — Variations de la chronaxie sous l'influence des éclairages colorés dans le torticolis spasmodique

A. Origine et technique des expériences

1) *Origine de nos recherches.* — Alors que l'un de nous avait ainsi montré le mécanisme chronaxique du spasme dans le torticolis spasmodique, l'autre, dans des expériences cliniques en cours, avait observé que l'application de lunettes colorées vertes diminuait le spasme, tandis que les lunettes en verre rouge l'augmentaient. Cette action inverse paraît dépendre uniquement de la longueur d'onde.

C'est en partant de ces deux ordres de travaux que nous avons songé à rechercher s'il y avait ou non des variations de chronaxie parallèles aux variations du spasme, sous l'influence des lunettes colorées.

2) *Technique générale des expériences.* — Nos expériences ont porté sur deux sujets atteints de torticolis spasmodique dit « mental » typique.

Chez nos deux sujets, nous avons d'abord constaté à plusieurs reprises l'augmentation de la chronaxie du côté opposé au spasme et la conservation de la chronaxie normale du côté du spasme, confirmant ainsi les anciennes expériences de l'un de nous.

Ces faits étant bien établis, nous avons procédé aux expériences avec les verres colorés, verts et rouges. Nous avons fait attention à n'utiliser que des verres verts et rouges de luminosité égale et d'un pouvoir colorant intense.

Sur chaque malade, nous avons répété plusieurs fois les mêmes expériences à des jours différents.

Après avoir déterminé la chronaxie des deux côtés au début de chaque expérience, on applique les lunettes colorées, puis on mesure la chronaxie alternativement à droite et à gauche pendant toute la durée de l'expérience.

Chez nos deux malades, nous avons étudié le trapèze cervical. Chez l'une d'elle, nous avons étudié simultanément le trapèze cervical et le sterno-cleido-mastoïdien.

Dans quelques expériences, nous avons suivi l'évolution de la chronaxie après la suppression des lunettes. Chez nos deux malades nous avons aussi mesuré les chronaxies plusieurs heures après l'application des lunettes vertes, après les leur avoir fait porter du matin au soir pendant plusieurs jours.

Comme contrôle, nous avons, chez un de nos sujets, mesuré les chronaxies en lui fermant les yeux pour nous assurer que les effets observés dépendaient bien de la longueur d'onde et non de la luminosité : la fermeture des yeux ne produit aucune modification des chronaxies.

B. Expériences

1) *Détermination des variations des chronaxies et de leur rapport sans aucune intervention.* — Cette étude préalable nous a permis d'établir l'étendue des variations spontanées et le degré de précision de nos mesures.

De nos deux malades, l'une avait un torticolis surtout tonique et assez stable et l'autre un torticolis plus clonique et d'intensité assez variable d'un moment à l'autre.

a) *Variations dans une série de mesures faites le même jour.* — Dans une série de mesures faites à la suite les unes des autres, le rapport des chronaxies des deux trapèzes n'a varié que de 1,9 à 2,3, soit de 1 à 1,2, chez la première malade, alors qu'il a varié de 2,7 à 4,6, soit de 1 à 1,7 chez la deuxième malade ; par contre, chez elle, le rapport des chronaxies du sterno-cleido-mastoïdien n'a varié que de 2,2 à 2,7, soit de

1 à 1,2, comme pour le trapèze de la première malade. Les variations du spasme étaient donc localisées exclusivement dans le trapèze cervical.

En considérant isolément les chronaxies de chaque côté pour la première malade, la variation entre la plus petite chronaxie et la plus grande a été de 0 σ 22 à 0 σ 27, soit de 1 à 1,04, pour le côté non spasmodique et de 0 σ 09 à 0 σ 11, soit de 1 à 1,2 pour le côté spasmodique, alors que, chez la deuxième malade elle a été de 0 σ 39 à 0 σ 72, soit de 1 à 1,8 pour le côté non spasmodique et de 0 σ 14 à 0 σ 17, soit de 1 à 1,2 pour le côté spasmodique.

Les variations des chronaxies du trapèze cervical de la deuxième malade, elle a été de 0 σ 39 à 0 σ 72, soit de 1 à 1,8 traduisent par la variabilité du spasme de ce muscle. Cette étude comparative fait bien ressortir la stabilité relative de la première malade et l'instabilité de la deuxième et montre que la variation peut porter, suivant les sujets, soit sur le côté spasmodique, soit sur le côté non spasmodique.

b) *Variations d'un jour à l'autre.* — Ces variations dépassent celles qu'on observe dans une série de mesures faites à la suite l'une de l'autre.

Pour la première malade, la comparaison de 8 jours différents montre que l'écart entre la plus petite et la plus grande chronaxie a été de 0 σ 20 à 0 σ 27, soit de 1 à 1,35 pour le côté non spasmodique et de 0 σ 07 à 0 σ 13, soit de 1 à 1,85 pour le côté spasmodique.

Le rapport des deux côtés a varié de 2 à 3,2, soit de 1 à 1,5, un peu plus que dans la série de mesures faites le même jour.

Il s'agit donc bien de variations journalières réelles qui dépassent les erreurs de mesure inévitables. Ces variations, assez faibles, sont d'ailleurs parallèles aux petites variations cliniques accusées par la malade dans l'intensité de son spasme.

Chez la deuxième malade, beaucoup plus instable, la chronaxie la plus petite et la chronaxie la plus grande pour le trapèze cervical observées en 5 jours ont été de 0 σ 30 et 1 σ, soit une variation de 1 à 3,3 du côté non spasmodique et de 0 σ 09 et 0 σ 16, soit une variation de 1 à 1,8 du côté spasmodique.

Nous retrouvons ici, dans les variations journalières, le

même phénomène que dans les variations dans une série de mesures le même jour : chez la malade la plus stable, la variation la plus importante porte sur le côté spasmodique, alors qu'elle porte sur le côté opposé chez la malade la moins stable, le côté spasmodique ayant eu la même variation chez les deux malades.

Quant au rapport entre les deux côtés, il a été beaucoup plus variable chez la deuxième malade que chez la première. Le plus petit a été, en effet, de 2,7 et le plus grand de 9, soit une variation de 1 à 3,3, au lieu de 1, à 1,5 chez la première malade.

C'est donc beaucoup plus le rapport des chronaxies des deux côtés que leurs valeurs absolues qu'il faut considérer dans l'étude des spasmes, comme l'un de nous l'a déjà dit.

2) *Action des lumières colorées.* — a) *Lumière verte.* — Chez les deux malades dont nous venons d'étudier les chronaxies et leurs variations journalières, l'application de verres verts devant les yeux a toujours donné les mêmes résultats : les chronaxies du côté spasmodique et du côté non spasmodique se rapprochent progressivement, si bien qu'au bout d'un certain temps, elles s'égalisent, c'est-à-dire que leur rapport devient égal à 1 ou voisin, comme à l'état normal. Cette égalisation est réalisée, tantôt par la diminution exclusive de la chronaxie du côté non spasmodique, tantôt par une variation en sens inverse des deux côtés, *mais, du côté spasmodique, les variations ne font jamais sortir la chronaxie des limites de la normale.* Quant à la rhéobase, elle varie en sens inverse de la chronaxie, comme c'est la règle générale.

Cette expérience a été répétée deux fois, à des jours différents, sur chacune de nos deux malades, avec le même résultat.

Sur chacune d'elles, nous avons en outre suivi l'évolution de la chronaxie après l'enlèvement des verres colorés : 5 à 15 minutes après la suppression de l'action de la lumière verte, on retrouve les chronaxies initiales.

Cette action n'est d'ailleurs que passagère, pendant 1 à 2 heures au maximum, car en mesurant la chronaxie des deux côtés alors que la malade porte les lunettes colorées depuis plusieurs heures, après les avoir portées du matin au soir pendant plusieurs jours on trouve les chronaxies des deux côtés, inégales et avec des valeurs sensiblement égales à celles qu'on trouve sans avoir fait agir la lumière verte.

Il se produit donc une accoutumance qui supprime les effets de la lumière colorée.

b) *Lumière rouge.* — Chez les deux malades, l'application de verres rouges devant les yeux a toujours produit l'effet inverse des verres verts, c'est-à-dire que l'écart entre les chronaxies des deux côtés a toujours augmenté. Cette expérience a été répétée 6 fois chez la première malade et 2 fois chez la deuxième, toujours avec le même résultat.

Après la suppression des lunettes colorées, les chronaxies reviennent à leurs valeurs initiales en 5 à 15 minutes.

c) *Suppression de toute lumière.* — Chez la première malade, nous avons recherché dans une expérience les chronaxies pendant l'occlusion des yeux, c'est-à-dire en supprimant l'action de toute lumière. Dans ces conditions, on n'observe aucune variation de la chronaxie ni d'un côté ni de l'autre. Les actions différentes des lumières verte et rouge paraissent donc bien dues à la différence de leur longueur d'onde et non à une différence de luminosité que nous nous étions d'ailleurs efforcés d'éviter.

Protocole d'expériences

A titre d'exemple, voici le protocole et les courbes de deux expériences, une avec les verres verts, l'autre avec les verres rouges sur chacune de nos deux malades.

Sujet I : *Mme V. L., 41 ans. Résumé clinique.* — Malade atteinte d'un torticolis spasmodique dit « mental » typique depuis février 1931, soit depuis près de 5 ans au moment où nous avons commencé nos recherches.

Spasme à droite, à peu près égal dans le trapèze et le sterno-cleido-mastoïdien : tête inclinée sur l'épaule droite, menton tourné vers la gauche. La malade s'oppose à la déviation en appuyant légèrement un doigt sur le menton du côté droit. Rares secousses cloniques sur un fond tonique. Intensité du spasme relativement constante, ce qui correspond à la fixité relative du rapport des chronaxies des deux côtés, comme nous venons de le montrer ci-dessus.

Expériences. — Trapèze cervical au Point Moteur. Chronaxies en 1/100 de seconde (σ).

	Chronaxies initiales	Rapport	Chronaxies terminales	Rapport	Variation %	Chronaxies 10' après suppression des verres	Rapport	Chronaxies normales
1° Verres verts. Exp. du 20 Janv. 1936. Durée d'application des verres : 60 minutes.								
Côté non spasmodique.	0σ,20	2,5	0σ,13	1	34 %	0σ,21	2,1	0σ,06 à 0σ,14
Côté spasmodique.	0σ,08		0σ,13		60 %	0σ,10		
2° Verres rouges. Exp. du 16 mars 1936. Durée d'application des verres : 1 heures 15'.								
Côté non spasmodique.	0σ,27	2,1	0σ,36	2,8	33 %	0σ,27	2,1	
Côté spasmodique.	0σ,13		0σ,13		0 %	0σ,13		

Les chiffres de ces deux expériences comparatives parlent assez d'eux-mêmes pour se passer de commentaires.

L'évolution des chronaxies et des rhéobases pendant ces deux expériences sont représentées dans les courbes ci-jointes (voir fig. 1).

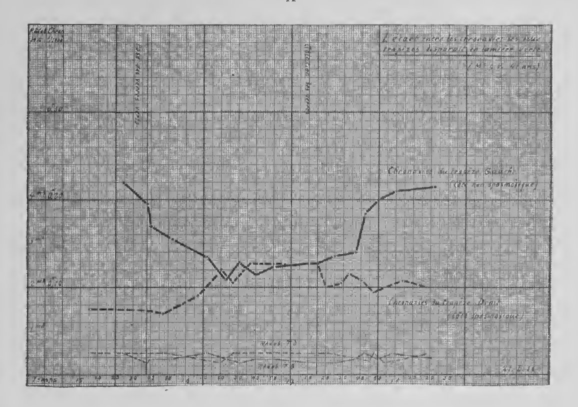
3° Verres verts portés du matin au soir depuis le 22 avril tous les jours. Exp. du 3 juin 1936. Verres en place depuis plusieurs heures.

	Chronaxies	Rapport	
Côté spasmodique...	0σ,26	2,9	Le rapport est celui qu'on trouve sans verre coloré devant les yeux.
Côté non spasmod...	0σ,09		

Sujet II : *Mme M. G., 37 ans. Résumé clinique.* — Torticolis spasmodique dit « mental » typique depuis janvier 1935, soit environ depuis un an au début de nos recherches.

Torticolis beaucoup plus intense que celui de la malade précédente. Spasme du côté gauche, prédominant dans le trapèze cervical : tête inclinée sur l'épaule gauche ; menton tourné vers la droite, mais en même temps en haut. Correction de la déviation par un geste antagoniste de la malade. Secousses cloniques fréquentes sur un fond tonique intense. Torticolis nettement plus

A



B

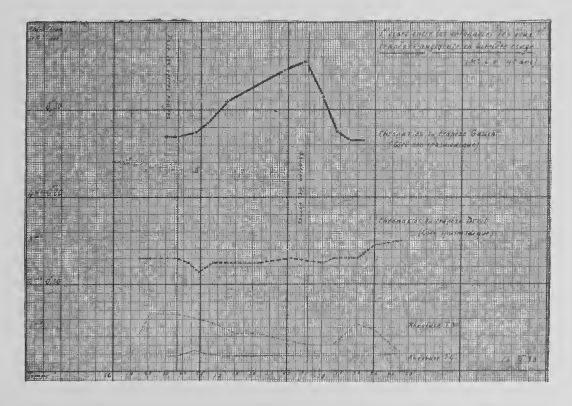


FIG. 1. — Sujet I. Evolution de la chronaxie et de la rhéobase du trapèze cervical des 2 côtés. A, verres verts. B, verres rouges.

variable d'un moment à l'autre et d'un jour à l'autre que celui du sujet I.

Expériences. — Trapèze cervical et sterno-cleido-mastoïdien aux Points Moteurs. Chronaxies en 1/100 de seconde (σ).

	Chronaxies initiales	Rapport	Chronaxies terminales	Rapport	Variation %	Chronaxies 10' après suppression des verres	Rapport	Chronaxies normales
1° Verres verts. Exp. du 30 Mars 1936. Durée d'application des verres : 35 minutes								
Trapèze								
Côté non spasmodique	0,30	3	0,14	1,4	53 %	0,31	2,8	0,06 à 0,14
Côté spasmodique	0,10		0,10		0 %	0,11		
Sterno-cleido-mastoïdien								
Côté non spasmodique	0,18	2,2	0,13	1,2	28 %	0,19		
Côté spasmodique	0,08		0,11		38 %	non mesuré		
2° Verres rouges. Expérience du 23 Mars 1936. Durée d'application des verres : 40 minutes								
Trapèze								
Côté non spasmodique	1	9	1,28	17	28 %	non mesurées		
Côté spasmodique	0,11		0,076		30 %			
Sterno-cleido-mastoïdien								
Côté non spasmodique	0,29	4	1,28	18	300 %	non mesurées		
Côté spasmodique	0,07		0,07		0 %			

Les résultats sont les mêmes que chez le sujet I, mais les variations sont plus importantes. Il est remarquable de voir que pour le sterno-cleido-mastoïdien, le moins spasmodique, les variations les plus grandes sont du côté spasmodique avec les verres verts et du côté non spasmodique avec les verres rouges, comme pour le trapèze du sujet I, tandis que pour le trapèze, qui est le plus spasmodique, c'est l'inverse.

3° Verres verts portés du matin au soir, tous les jours, depuis le 25 avril 1936. Expérience du 3 juin, les verres étant appliqués depuis 3 heures :

		Verres en place	Rapport	Verres enlevés	Rapport
Trapèze	Côté non spasm.	0,43	4,4	0,41	4
	Côté spasmod...	0,11		0,11	

Le port prolongé des verres verts ne donne aucune modification. La malade, d'ailleurs, déclare que lorsqu'elle met les lunettes vertes, elle se sent mieux pendant une heure environ, puis, que ce mieux disparaît.

Il y a accord absolu entre l'état clinique et celui des chronaxies.

L'évolution des chronaxies et des rhéobases dans deux de nos expériences est représentée dans les courbes ci-jointes (voir fig. 2).

Conclusions

De ces expériences, on peut tirer les conclusions suivantes:

1° Dans le torticolis spasmodique, comme dans tous les spasmes, les muscles qui sont le siège du spasme sont les muscles normaux antagonistes des muscles déficients.

L'intensité du spasme est fonction du rapport des chronaxies.

2° Suivant les sujets, on observe des variations journalières de ce rapport et du spasme, plus ou moins importantes.

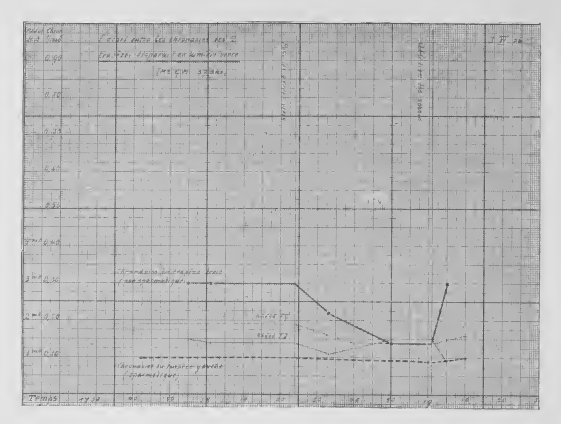
3° La lumière verte a une action calmante et la lumière rouge une action excitante sur le torticolis spasmodique dit « mental ».

Cette action confirme les observations antérieures telles que celles qui ont été faites dans les établissements Lumière sur l'action excitante du travail en lumière rouge.

4° La lumière verte tend à faire égaliser les chronaxies des deux côtés et la lumière rouge à en augmenter la différence.

Les lumières colorées paraissent agir plutôt sur le rapport des chronaxies des deux côtés que sur la valeur absolue de la chronaxie de chaque côté pris isolément.

A



B

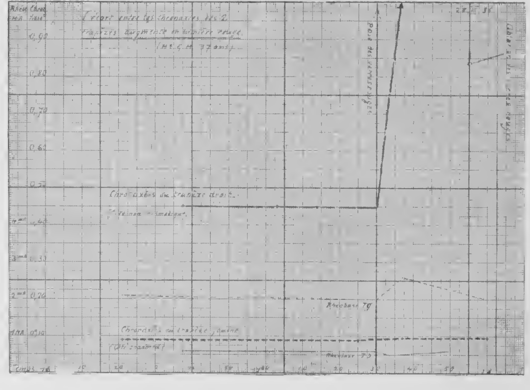


Fig. 2. — Sujet II. Evolution de la chronaxie et de la rhéobase du trapèze cervical des 2 côtés. A, verres verts. B, verres rouges.

5° Cette action ne peut être rapportée qu'à la longueur d'onde et non à la luminosité.

6° Elle est passagère, et, au bout d'une heure environ, l'accoutumance la fait disparaître.

7° Cette action sur la chronaxie périphérique par l'intermédiaire des centres optiques ne peut s'expliquer que par une *répercussion* réflexe des centres optiques sur les centres moteurs, qui agissent à leur tour sur la chronaxie périphérique. Elle démontre l'origine centrale du torticolis spasmodique et est un exemple de plus de l'action des centres sur la chronaxie que l'un de nous a démontrée pour la première fois en 1921.

COMMUNICATIONS DE THERAPEUTIQUE

Indications et effets de la cure de sommeil

par M. Boss,
Sanatorium Schloss Knonau (Zurich)

Au cours de ces dernières années, la thérapie des schizophrènes a passé, de sa phase plus ou moins apathique d'autrefois, à une période d'activité de plus en plus intense. En effet, on ne croit plus nécessairement à un pronostic absolument mauvais de chaque schizophrénie. En conséquence, des procédés thérapeutiques de plus en plus nombreux ont été proposés. Parmi ceux-ci la cure de sommeil joue un rôle de premier ordre.

J'aimerai insister aujourd'hui plus particulièrement sur cette méthode et vous faire part de mes expériences sur plus de 100 cures de sommeil que j'ai fait faire, d'abord sous la direction de M. le prof. Maier à la clinique Burghölzli de Zurich et plus tard personnellement dans mon Sanatorium Schloss Knonau.

M. le prof. Klaesi a appliqué le premier, il y a 14 ans, cette méthode thérapeutique d'une manière systématique chez de nombreux schizophrènes, alors au moyen de somnifène.

Pour mes premières cures de sommeil, j'ai également fait usage de ce narcotique, puis j'ai appliqué le Dial-Morphium, Avertin, et depuis 4 ans j'emploie le mélange narcotique de Clœtta. La technique en a été décrite récemment par H.-W. Maier et Clœtta. Chose importante, ce mélange contient des narcotiques corticaux et des centres sous-corticaux dans une proportion telle, que les états d'excitation bien connus du simple sommeil barbiturique sont évités. L'introduction du narcotique et du liquide alimentaire se fait exclusivement par voie rectale. Nous faisons dormir les malades sans inter-

ruption pendant 6 à 10 jours. Avec une pratique suffisante le danger est insignifiant et, pour peu qu'on opère un triage judicieux des cas, les succès sont remarquables. Mais le point difficile est justement la détermination exacte des indications.

Beaucoup d'auteurs prétendent que la cure de sommeil n'a de résultats que dans les formes cycliques de la schizophrénie, qui guérissent aussi spontanément. Il est certain que ces formes, comme aussi certains états de psychoses maniaque-dépressives ou des dépressions d'origine névrosique, réagissent bien à la cure de sommeil, mais ce qui est plus important, j'ai vu de très nombreux cas qui n'étaient jamais cycliques, et qui d'après les prévisions des meilleurs psychiatres devaient aboutir à la démence définitive, s'être améliorés sensiblement à la suite d'une cure de sommeil et avoir pu être rendus au travail.

D'après les expériences que nous avons faites jusqu'à présent, nous avons à tenir compte pour la détermination des indications, avant tout des quatre facteurs suivants :

1. Une lourde hérédité schizophrène rend les résultats d'une cure de sommeil très douteux, même si la maladie elle-même est peu importante.

2. La personnalité prépsychosique. Des malades qui dès leur jeunesse montrent peu de vitalité et dont l'attachement à la vie est peu marqué ne sont guère indiqués pour une cure de sommeil.

3. Les psychoses « gelées », que ce soit une ancienne hébéphrénie dissociée ou une névrose paranoïde dont l'équilibre psychopathique est pauvre en tension, sont également difficiles ou impossibles à améliorer.

4. La durée de la maladie joue également un grand rôle. Plus la psychose a déjà durée, plus les réserves psychiques sont épuisées et plus invétérés sont les mécanismes morbides.

Chez tous les autres malades schizophrènes, à quelque groupe qu'ils appartiennent, on peut fonder les plus grands espoirs quant aux résultats d'une cure de sommeil lorsqu'une rémission spontanée n'est pas à prévoir et qu'il n'existe pas de contre-indication d'ordre physique.

La cure de sommeil a pour effet que les malades psychosiques qui se sentaient dissociés, vaincus irrémédiablement par le contenu psychosique et qui avaient complètement perdu le contact avec le monde extérieur, ont retrouvé leur individualité propre et ont pu reprendre contact avec les hommes

et les objets qui les entourent. Il est difficile de saisir comment se produisent ces résultats. Comme nous ne connaissons pas encore la substucture organique de la schizophrénie, il n'est pas encore possible d'en donner une explication satisfaisante dans le domaine somatique. On a souvent cru voir l'effet de la cure de sommeil dans le fait qu'elle détruisait le cercle vicieux entre l'excitation affective et l'excitation psycho-motrice. D'autres auteurs ont aussi fait ressortir le grand dénuement créé par l'intoxication, ainsi que le relâchement affectif.

Mais toutes ces interprétations n'expliquent pas entièrement les grandes transformations qu'on atteint par la cure de sommeil.

Nous croyons qu'elles ne peuvent être comprises que d'un point de vue plus général et plus étendu. Il est un fait incontesté, que tout protoplasme a la tendance de passer à l'état de repos de temps à autre. Chez les êtres supérieurs c'est l'état de sommeil. Dans cet état, non seulement les processus physiques sont modifiés, mais il se produit également des transformations essentielles du psychisme. Ce dernier diminue son activité d'une manière importante et, comme une amibe rentre ses pseudopodes, il « rentre » ses sens. C'est le rythme ordinaire du sommeil qui, par ailleurs, est souvent troublé chez ces malades par une faiblesse constitutionnelle, et est insuffisant pour régénérer les énergies vitales nécessaires. Mais si l'on obtient, par la narcose de longue durée, un temps de repos suffisamment long et profond, beaucoup de forces psychiques peuvent se reformer à nouveau.

Après la cure de sommeil, il ne faut pas oublier la réadaptation à la vie, et jusqu'à présent l'on a donné beaucoup trop peu d'importance à ce point. Le psychisme schizophrène n'est alors pas encore assez fort pour supporter n'importe quelle réalité. On ne doit donc pas simplement laisser retourner les malades dans leur ancien milieu, mais il faut leur créer un rayon d'activité étroitement limité, correspondant à leur résistance psychique véritable. Beaucoup de schizophrènes nous montrent eux-mêmes la voie à suivre lorsqu'à la suite d'une tendance à se guérir par eux-mêmes, ils s' « encapsulent ».

En observant tous ces points, on peut rendre et par la suite conserver à beaucoup de malades qui, sans cela, seraient voués à un affaiblissement mental définitif, un certain plaisir au travail et à la vie.

Le traitement des psychoses par la narcose prolongée ; sa technique actuelle ; ses résultats

par M. Marcel MONNIER (Paris)

Dans cette communication sur le traitement des psychoses par la narcose prolongée, nous insisterons avant tout sur la technique actuelle et les résultats obtenus au cours de ces dernières années.

Comme on le sait, la narcothérapie a été instituée à la clinique du Burghölzli par Klæsi, il y a une quinzaine d'années. Cet auteur avait constaté que la narcose prolongée par le somnifène Roche, un composé barbiturique, libérait les schizophrènes de leurs automatismes, ce qui permettait au médecin d'exercer sur eux une influence psychothérapique plus efficace. Il obtint dans le 1/4 ou le 1/3 des cas ainsi traités des résultats remarquables.

Cette nouvelle méthode thérapeutique eut beaucoup de retentissement, surtout à l'étranger ; toutefois, on l'appliqua souvent sans précautions suffisantes, si bien qu'on eut à déplorer maints échecs et accidents graves. Ainsi, dans sa statistique de 1925, Müller comptait 15 décès sur 311 cures pratiquées jusqu'alors en 17 endroits différents. Conséquemment, il nous a paru utile d'attirer l'attention des psychiâtres de langue française sur les perfectionnements techniques réalisés depuis en narcothérapie par le professeur H.-W. Maier et ses élèves.

Le perfectionnement le plus efficace fut la substitution au somnifène de narcotiques nouveaux, moins toxiques que ce dernier. Le *luminal sodique* utilisé au Burghölzli à partir de 1923 et le *dial* Ciba préconisé par Lutz à partir de 1928 étaient également des dérivés barbituriques ; ils se prêtaient mieux que le somnifène à un emploi prolongé, mais n'étaient pas dépourvus d'effets toxiques.

C'est alors que Clœtta, professeur de pharmacologie à l'Université de Zurich, composa un mélange narcotique nouveau particulièrement actif et peu toxique. Ce mélange, que l'on utilise à la Clinique du Burghölzli depuis 1930, est caractérisé par la combinaison de deux groupes de substances narcotiques : un groupe, à action essentiellement *corticale*, contient de la paraldéhyde 0,4, hydrate d'amylène 0,1, hydrate de chloral 0,1, et alcool concentré 0,1. Un autre groupe contient un dérivé barbiturique et exerce une action sédative sur les *ganglions basilaires*. Le mélange est additionné, en outre, de digitale et éphédrine, destinées à stimuler l'appareil cardio-vasculaire. La solution mère est fabriquée par Hofmann La Roche, Bâle, et vendue sous le nom de « Mélange narcotique de Clœtta » : on la dilue, avant l'emploi, avec 10 fois son volume de solution glucosée à 4 % ou de solution physiologique, puis on l'administre par voie rectale à la dose de 0,15 gr. par kilo.

Un autre perfectionnement important a été réalisé par Lutz, en 1929, qui substitua, pendant la narcose, à l'alimentation buccale, une *alimentation exclusivement rectale* sous forme de solution glucosée. On conjure par ce moyen le danger des pneumonies par aspiration.

Ceci dit, passons en revue les diverses étapes d'une cure de sommeil, telle qu'on la pratique aujourd'hui au Burghölzli.

Une première précaution à prendre en narcothérapie est d'éliminer les sujets trop âgés, ou ceux dont la résistance physique laisse à désirer. On exclura *à priori* ceux qui présentent une affection des voies respiratoires, rénales ou des lésions organiques du système nerveux. Par ailleurs, on tiendra compte de la forme et du degré des psychoses, en donnant la préférence aux formes cyclothymiques et aux phases subaiguës.

L'indication, une fois posée, on exigera des proches parents du malade un consentement par écrit et on préparera la narcose. Dans les 48 heures qui la précèdent, on mettra le sujet au régime lacté et à une purgation suffisante, pour prévenir les complications dyspeptiques qui pourraient surgir pendant la cure.

Ces diverses précautions prises, on place le malade dans une pièce isolée, silencieuse et obscure, sous la surveillance d'un personnel spécialisé. La narcose est amorcée, de préférence le soir, par une injection de morphine à 0,01 et scopo-

lamine à 0,001, notamment si le sujet est agité. Trois quart d'heure plus tard, il reçoit la première dose de narcotique à raison de 0,15 gr. par kg. En pratique, 7 gr. de solution mère dilués dans 70 cc. de solution glucosée à 4 % constituent une dose initiale suffisante dans la majorité des cas. Nous avons constaté que les doses les plus fortes sont de rigueur au début et à la fin de la cure, où se produit alors une légère accoutumance. Par ailleurs, il y a intérêt à administrer le narcotique à doses répétées, mais faibles, plutôt qu'à doses espacées et massives. En général, les narcoses optimales ont été réalisées selon la posologie suivante :

1er jour : 7 gr. + 5 gr. + 4 gr. + 5 gr.
2e jour : 4 fois 5 gr.
3e-7e jour : 4 fois 4 gr.
8e-10e jour : 4 fois 4-5 gr.

Il va sans dire qu'il ne s'agit là que d'un schéma qu'on ne saurait prendre à la lettre, puisque la sensibilité au narcotique varie d'un individu à l'autre.

Pour ce qui est de *l'alimentation,* on instillera, par voie rectale, 400 cc. de solution glucosée à 4 % ou 400 cc. de solution saline à 5 %, toutes les 3-4 heures. Le malade recevra de la sorte 3 litres de liquide environ en 24 heures.

Il arrive que certains sujets tolèrent mal la narcose ; il faudra alors dépister à temps les signes d'intolérance afin de prévenir tout accident. Dans ce but, on se sert de fiches de contrôle sur lesquelles le personnel infirmier protocole à la fois la quantité du narcotique, la température, le pouls, le nombre d'inspirations. Nos observations ont montré que *la température ne doit à aucun prix dépasser 37°5 et le pouls 120,* si l'on tient à éviter des complications fâcheuses. Aussi, dès que la température dépasse cette limite, on suspendra toute administration de narcotique, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu. Au besoin, on essaiera de prolonger, pendant quelque temps, la narcose par une injection de morphine-scopolamine. Si ces mesures ne suffisent pas, on interronipra définitivement la cure.

Par ailleurs, on protocolera la quantité de liquide instillé et excrété, afin de cathétériser à temps le malade au cas où il présenterait une rétention urinaire.

L'hygiène de la peau est indispensable. On la frictionnera

deux fois par jour à l'eau vinaigrée et à l'alcool camphré ; de même, on lavera les muqueuses à l'eau boriquée.

Personnellement, nous avons institué chez les narcotisés des exercices de mobilisation passive, comme on les pratique chez les opérés et les femmes en couche, afin de prévenir les troubles vasculaires (thrombose).

La *durée* de la cure varie suivant les cas. Nous avons constaté que, dans les cas d'agitation essentiellement psychogène, le traitement a une action essentiellement psychothérapeutique, si bien qu'une durée de quatre jours suffit. Par contre, dans les psychoses à processus évolutif (catatonie, par exemple), il y aura intérêt à prolonger le traitement pendant 10 jours.

Une des phases les plus importantes de la cure est le *réveil.* On profitera de ce que le sujet est alors momentanément libéré de ses automatismes pour entrer en contact plus étroit avec lui et le rééduquer en milieu favorable.

Avant d'aborder la question des résultats, signalons encore brièvement les principales complications possibles de la cure et leur prophylaxie. Les plus fréquentes résultent d'une paralysie partielle des *vasomoteurs,* soit au niveau des appareils respiratoires, d'où rhinite, trachéite, bronchite, soit au niveau de la peau et des muqueuses, d'où l'apparition de décubitus, dermatites toxiques, œdèmes, conjonctivites, proctites. Il conviendra de dépister à temps les signes de congestion des voies respiratoires, afin d'empêcher le développement d'une bronchopneumonie ou d'un œdème pulmonaire, qui constituent les plus grands dangers de la cure de sommeil. C'est à ce point de vue que le contrôle de la température est particulièrement indiqué.

Les complications au niveau de l'*appareil digestif* sont fréquentes, mais sans gravité. Elles se bornent à quelques nausées, vomissements et météorisme, surtout au début de la cure.

Les complications au niveau des *voies urinaires* se présentent presque uniquement sous forme de rétention urinaire, notamment chez les sujets hypersympathicotoniques. La cathétérisation est alors nécessaire ; par ailleurs, il sera prudent d'ajouter de l'urotropine à la solution glucosée, afin d'empêcher le développement d'une cystite.

Quant aux complications nerveuses, elles sont plus rares qu'à l'époque des narcoses bartituriques ; elles se limitent, en

général, à quelques signes d'excitation au réveil (euphorie, etc.).

Abordons maintenant la question des *résultats thérapeutiques.* Nous avons pratiqué au Burghölzli, de 1930 à 1934, 125 cures de sommeil, la plupart d'entre elles chez des femmes atteintes de schizophrénie. Afin de faire concorder nos statistiques avec celles des auteurs étrangers, nous avons groupé notre matériel selon des critères séméiologiques très généraux. Voici les principaux chiffres que nous avons obtenus.

	Total	Amélior.	Stat. quo	Interrupt.
	—	—	—	—
Etats essent. maniaques......	4	3	1	—
Etats essent. dépressifs.......	16	8	5	3
Catatonie aiguë...............	11	3	5	3
Hépéphr.-Cataton. chron......	70	20	42	8
Etats d'agit. ess. psychog.....	24	19	5	—
	125	53	58	14

Comme on le voit, nous avons obtenu les meilleurs résultats dans les cas d'agitation essentiellement psychogènes (schizopathies), puis dans les états dépressifs, maniaques, et les catatonies aiguës. La notion d'amélioration a été prise dans un sens très strict, soit que le malade pût quitter l'asile à bref délai ou être transféré d'une manière permanente dans un pavillon ouvert. Dans ces conditions, on note une amélioration incontestable dans 42 %, une rechute dans 48 %, et une interruption forcée de la cure dans 11 % des cas environ. La cure a dû être interrompue assez souvent chez les sujets déprimés et chez les catatoniques, en raison de leur mauvais état général.

Avant de terminer, deux mots encore sur l'*action de la narcothérapie ;* nous estimons qu'il y a lieu de distinguer, à ce point de vue, deux modes :

a) une *action essentiellement psychothérapique,* caractérisée par le fait que le malade, à son réveil, redevient accessible aux influences extérieures et se laisse rééduquer. Le fort pourcentage des succès thérapeutiques constatés chez les schizopathes prouve l'importance du facteur psychothérapeutique.

b) *une action essentiellement somatique,* liée à la sédation du système nerveux, notamment de certains corticaux et dien-

céphaliques. Cette action s'observe surtout dans les psychoses à teintes maniaco-dépressives. Elle se manifeste souvent au réveil par une véritable euphorie et une modification des réactions végétatives et psychiques.

Personnellement, nous avons constaté que lorsque les manifestations hypersympathicotoniques (telles que mydriase, tachycardie, hypertension artérielle, hypersécrétion sébacée), qui accompagnent certaines catatonies, disparaissent sous l'influence de la narcose, la « contracture psychique » se résout aussi. Cette sédation simultanée des manifestations somatiques et psychiques de la catatonie semble bien indiquer que ces manifestations résultent toutes deux d'un mécanisme commun, de nature centrale (diencéphalique), et que c'est bien sur cet appareil central que la narcose déploie son action sédative et anabolique.

(Travail de la Clinique psychiatrique du Burghölzli. Zurich).

Discussion

M. le Prof. Janet (de Paris). — Les intéressantes communications sur le traitement des psychoses par le sommeil artificiel prolongé m'ont causé un vif plaisir, car elles m'ont rajeuni. Les études scientifiques présentent de curieuses oscillations sous l'influence de la mode. Elles se développent fortement à une époque, puis disparaissent pour quelques années et ressuscitent avec une jeunesse nouvelle. C'est l'histoire de l'hypnotisme et de la suggestion qui ont déjà apparu au moyen âge, qui ont triomphé avec Mesmer vers 1788 puis qui ont disparu sous les condamnations des Académies, mais Deleuze en 1820 les fait renaître, nouvelle condamnation, puis le grand succès avec Richet et Charcot vers 1880 et disparition totale après 1894. Soyez tranquilles, ils reparaîtront, ils se montrent déjà avec le Congrès de Zurich sur la suggestion et les études sur les somnambulismes déterminés par des toxiques.

Il en est de même pour les traitements des psychoses par le sommeil prolongé, ils étaient en grand honneur à l'époque du magnétisme animal et je vous rappelle le livre remarqua-

ble de Despine (d'Aix) « Le magnétisme aux eaux d'Aix » 1840 qui nous présente des guérisons remarquables à la suite de sommeils prolongés ; en 1896, si je ne me trompe sur la date, j'ai moi-même collaboré au grand traité de thérapeutique de Robin et j'ai rédigé l'article sur le traitement de l'hystérie. Dans ce travail je rappelais que j'avais maintenu en état de sommeil deux malades, l'une pendant quatre jours, l'autre pendant six jours, ce qui avait déterminé des guérisons remarquables de symptômes graves. A la fin du XIXe siècle, il y avait en Suède une maison de santé dirigée par le Dr Wetterstrandt qui était un palais de la belle au bois dormant, car on y traitait beaucoup de malades par le sommeil prolongé.

Vos etudes sont un peu différentes des nôtres, car vous vous servez de médicaments soporifiques, tandis que nous nous épuisions à déterminer et à prolonger ces sommeils par des procédés psychologiques. Je crains un peu que ces sommeils toxiques ne présentent des inconvénients, mais je souhaite bon succès à ces nouvelles tentatives en espérant que nos recherches précédentes vous préserveront de nos erreurs et pourront peut être vous inspirer des modifications utiles.

La forme psychasténique de la psychose maniaque-dépressive est, comme les autres formes, dans la plupart des cas, guérissable par une cure de sommeil.

par M. le Dr W. Beyerman.
Médecin-directeur du St-Joris-Gasthuis de Delft

Pendant la discussion concernant le rapport sur la thérapeutique, j'ai déjà pu remarquer que les résultats des cures de sommeil appliquées à la psychose maniaque-dépressive aux Pays-Bas sont de beaucoup plus favorables que les expériences en Suisse du Professeur Maier et que celles qu'on trouve dans le livre du Professeur Müller : « Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten ». Ça vaut bien la peine de se rendre compte des causes qui produisent cette différence et de bien mettre en évidence les indications d'une pareille cure de narcose.

Dans le courant de ces dernières années j'avais en traitement un nombre de malades qui de première vue souffraient de psychasthénie. Ils avaient des phénomènes de phobies et d'obsessions, ils venaient me consulter, munis de petits papiers sur lesquels étaient écrits des questions insignifiantes et ils argumentaient en apparence logiquement. Tous avaient éprouvé des difficultés sociales qui justifiaient leur état nerveux. Comparés à de vrais psychasthènes ils se distinguaient par une certaine pauvreté et monotonie de pensée, tandis qu'une tendance dépressive se laissait facilement constater.

Mon cher maître, le Professeur Jelgersma, a appelé l'attention à l'existence d'une forme de la psychose maniaque-dépressive, qui peut se présenter sous des phénomènes psychasthéniques. Il était donc évident que je constatai que ces malades souffraient de la forme psychasthénique de la psychose maniaque dépressive. Tout en étant convaincu qu'après un certain temps d'observation chaque cas d'une psychose maniaque

dépressive justifie une cure de sommeil, je m'y décidais qu'après avoir essayé de parvenir à une guérison par moyen de psychothérapie et autres méthodes. Bien que je n'aie jamais constaté un effet nuisible de l'application prudente d'une cure de sommeil, je suis tellement convaincu des dangers d'une cure pareille, que je n'y procède qu'après m'être assuré que tous les autres moyens échoueraient.

Parmi ces malades il y en avaient deux à qui le médecin praticien avait fait subir sans résultat une cure de narcose. Or, il était douteux si ce moyen aurait du succès. Pourtant ce petit nombre de cas donnait un succès complet avec une cure de narcose et une fois seulement il fallait constater une récidive après huit mois. Tous ces cas m'ont confirmé dans une expérience déjà exprimée, mais devenue de plus en plus claire pendant ces dernières années. Cette expérience est que la cure de sommeil n'est pas complète sans un traitement psychothérapeutique y suivant immédiatement. Il y a des cas, et ce sont surtout les accès de manie, où l'on peut considérer la cure de sommeil comme un simple traitement chimique. Il faut croire que le narcotique (dans mon expérience surtout la somnifène et la loco-somnifène, ce qui n'exclut pas les autres narcotiques comme le dial) est capable de produire un changement dans le diencéphale (changement du métabolisme ou du tonus végétatif avec suppression de la contraction vasculaire) qui arrête immédiatement le procès.

Or, si la psychose s'est formée après de fortes émotions, et c'est mon expérience que c'est justement la forme psychasthénique qui se montre après des émotions, il ne suffit pas de produire le changement du métabolisme. Si après la cure, le malade n'est pas encore capable d'envisager ses difficultés, ce sera très possible qu'il tombe de nouveau dans la mélancolie. Dans ce cas la cure devra être un traitement non purement chimique mais aussi psychique. Dans l'exemple qui suit, je pourrai me faire comprendre. Une femme tombe malade après la mort de son fils qu'elle avait soigné pendant des mois avec surmenage de ses forces. Quinze ans auparavant, après un autre grand chagrin, elle avait eu aussi un accès caractéristique de mélancolie. Parce que c'était ici le seul moyen possible, je commençais plus tôt que je ne l'aurais souhaité une cure de narcose. Après la cure elle est complètement guérie pendant quatre jours, mais sa mémoire devenant plus claire, elle voit aussi plus clairement son chagrin, elle tombe de

nouveau dans son état de mélancolie. Pendant deux années elle se traîne dans diverses maisons de santé sans aucun résultat. Comme dernier remède on applique de nouveau une cure, cette fois avec succès complet. Depuis des mois déjà cette femme prend les soins de sa famille ; après ce long intervalle elle était capable de porter le chagrin de son enfant perdu, ce qui avait été impossible après sa première cure.

Les formes psychasthéniques de la psychose maniaque-dépressive m'ont donc appris qu'il est nécessaire d'intervenir pendant et après la cure aussi intensivement que possible avec la méthode psycho-thérapeutique. D'ordinaire on aperçoit le 10[e] ou 11[e] jour un léger changement du malade et ceci est le moment d'intervenir psycho-thérapeutiquement. Je voudrais appeler le traitement, un traitement concentrique. Dans les premiers jours on se borne à raviver la volonté de vivre et un médicament tonique peut fortifier le sentiment de bien-être. Dans la seconde phase on étend son traitement en parlant d'une manière suggestive, en éveillant l'intérêt, etc. Enfin dans la troisième phase on procède à une psychothérapie plus rationnelle, dont la profondeur est limitée par la structure et les facultés spirituelles du malade. Ce n'est que par ce traitement que je peux m'expliquer pourquoi j'avais souvent un succès quand le traitement du médecin-praticien échouait totalement et c'est aussi la raison qui explique que le psychiatre (dans le sens stricte du mot) l'emporte sur celui qui applique une méthode somato-neurologique.

Il faut exclure d'une cure de narcose encore une forme de la psychose maniaque-dépressive. Ce sont les cas où les anomalies du système endocrinien se montrent. Des femmes avec un chloasme prononcé, des anomalies de la sécrétion sudorifique, avec insuffisance des ovaires et du gland thyroidien doivent être traitées d'opothérapie endocrinien.

La forme psychasthénique de la psychose maniaque-dépressive a donc éclairci nos idées du mode de traitement et nous permet de nous rendre compte plus clairement de notre méthode thérapeutique pour la psychose maniaque-dépressive. La psychose maniaque-dépressive peut se former sous des influences psychiques et végétatives. Si elle s'est manifestée, le traitement devra tenir compte des deux facteurs et devra donc être en même temps physique aussi bien que psychique, de sorte qu'il dépende des cas si la première ou la seconde méthode doit prédominer.

Le traitement des toxicomanies par l'insuline

par M. Théodore Brunner, (Kusnacht-Zurich)

Dans les « Archives Suisses de neurologie et psychiatrie », année 1931, parut un travail de F. Braun au Burghölzli, Zurich portant le titre : « L'insuline pour combattre les symptômes d'abstinence après suppression immédiate de morphine. » Ce travail avait été occasionné par un article de Sakel à Vienne, paru 193e dans la « Deutschen medizinischen Wochenschrift » et intitulé : « Nouveau traitement du morphinisme ». S'appuyant sur 6 bulletins détaillés de malades Braun présente le traitement par l'insuline avec suppression immédiate de morphine et arrive à la conclusion que les favorables résultats obtenus recommandent vivement cette méthode.

Cela m'a engagé moi-même d'essayer cette méthode en supprimant non seulement la morphine, mais encore d'autres médicaments de composition semblable à la morphine.

Dans 15 cas qui ont été traités dans ma clinique, il s'agit de 6 cas de morphine, 2 cas de morphine et cocaïne, 2 cas de morphine et dilaudide, 1 cas de morphine et analgoticum, 1 cas de dilaudide et sédole, 1 cas de dilaudide, 1 cas de pantopone, 1 cas d'eucodale.

Il s'agit donc des toxicomanies proprement dites, c'est à dire des toxicomanies provenant d'opium et de cocaïne avec leurs dérivés, exclu celles provenant d'hypnotiques et d'alcool.

La dose maximale toxique avant la cure montait à 3 grammes de morphine et à 2 grammes de cocaïne par jour.

La durée de la toxicomanie avant le traitement avait été au maximum 2 ans (morphine) et au minimum 5 mois (dilaudide).

Pour ce qui est le *sexe* des malades j'ai traité 11 hommes et 4 femmes et il y avait 3 femmes et 7 hommes de mariés.

Quant à leur *profession* 6 hommes étaient des intellectuels, dont 4 médecins et 1 pharmacien, 4 hommes appartenaient au commerce. Parmi les femmes nous trouvons une aide de médecin et 3 dames.

L'âge des malades était dans la moitié de tous les cas d'environ 30 ans, un seul malade comptait 72 ans.

La durée moyenne du traitement, c'est à dire le temps que durait les injections d'insuline, était de 6 jours ; au maximum 10, au minimum 2 jours.

La consommation d'insuline pour un traitement montait en moyenne à 236 unités, au maximum à 636, au minimum à 20 unités.

Voici *le procédé du traitement :* en général on supprimait la morphine dès l'entrée dans la clinique complètement et on commençait à donner 10 à 20 unités d'insuline suivant le besoin du malade, d'ordinaire à intervalles de 4 ou 5 heures, 3 à 4 fois par jour. C'était la règle chez les malades, dont la dose toxique ne dépassait pas un chiffre moyen, par exemple pour la morphine 0,4 à 0,5 gr. par jour. Chez les auters malades, qui étaient habitués à de fortes doses toxiques et qui les avaient prises depuis des années et chez d'autres, qui étaient affectés d'autres maladies, soit du cœur ou des reins ou qui étaient dans un état très faible, on abaissait d'abord la dose toxique à un chiffre moyen ; un procédé qui dura pour l'ordiaire seulement quelques jours. Après cette préparation on suivait le traitement ordinaire en supprimant totalement le poison.

En général les malades eurent leurs injections entre 7 heures du matin et 10 heures du soir. Exceptionnellement il était nécessaire d'appliquer l'insuline pendant la nuit. Avec la dernière injection d'insuline du soir fut donné pour l'ordinaire un hypnotique, soit du gardénal 0,2 à 0,4 ou du véronal 0,5 à 0,75, ou du scopolamine 0,5 mgr. à 1 mgr. ou d'autres médicaments à dose moyenne avec le résultat que les malades dormaient jusqu'au matin.

Le traitement par l'insuline était toujours sans incommodités essentielles pour les malades et en tout cas beaucoup moins désagréable qu'avec la suppression successive, qui montre surtout vers la fin de la cure une augmentation des troubles de désintoxication. Aussitôt que les malades commencent à souffrir d'inquiétudes et la soif du toxin se montre chez eux il suffit d'ordinaire d'une injection d'insuline de 20 unités pour les voir se calmer et s'assoupir pour quelques heures. Les symptômes d'abstinence se manifestent par des transpirations, des frissonnements, des bâillements, des éternue-

ments, des douleurs lancinantes dans les jambes ou à l'abdomen, disparaissaient immédiatement dix minutes après l'injection pour céder la place à un sentiment de bien-être. Chez la plupart des malades on constatait dès le 4ᵉ ou 5ᵉ jour un changement complet d'humeur ; ils se sentaient ranimés, allégés, l'appétit se réveillait, ils avaient meilleure mine et reprenaient de l'intérêt à leurs affaires. Beaucoup d'entre eux se sentaient comme rajeunis et augmentaient de poids.

Les jours critiques du traitement, c'est à dire les jours où les malades ont besoin le plus de l'insuline, sont du 2ᵉ au 4ᵉ jour ; mais nous n'avons point constaté de *symptômes accessoires* inquiétants ou graves. Dans 3 cas il y eut des *vomissements,* dans 1 cas des vomissements de bile. *Des diarrhées* se montraient environ dans la moitié des cas, d'ordinaire au commencement du traitement, mais toujours d'une façon passagère. Des *troubles du côté du cœur,* dont parlent d'autres auteurs, ne furent constatés que dans 2 cas, mais ils n'étaient jamais de nature grave. Il s'agissait d'une brachycardie aiguë, qui chaque fois fut supprimée par une injection de Cardiazol. Dans 2 cas furent observés des *troubles psychiques* sous forme d'un état délirant, avec amnésie d'une durée de 10 à 15 minutes. Chez la plupart des malades le sommeil était plus ou moins troublé pendant la cure et encore assez longtemps après le traitement.

Tous ces symptômes accessoires n'étaient nullement menaçants et il n'était jamais nécessaire d'interrompre la cure. Avant tout il faut dire que dans aucun cas on ne pouvait constater un choc hypoglycémique.

Deux remarques importantes doivent être faites, c'est qu'il faut ordonner à tous les malades pendant le traitement des *cardiotoniques* comme du coramine, du camphre, du digalène et en outre *des liquides saccharifères* par exemple du dextropur, de jus de raisin et des sirops différents.

Ajoutons encore que l'effet de l'insuline a été le même chez les différents alcoloïdes et chez leurs dérivés. Nous nous sommes servis presque exclusivement du médicament Jloglandol Roche de Bâle.

Les commencements du traitement par l'insuline ou plutôt sa recommandation remontent à l'année 1923. Wut alors proposa pour la première fois ce traitement avec suppression de la morphine et depuis le même auteur s'est occupé à plusieurs reprises de ce problème.

A partir de 1930 Sakel a plusieurs fois écrit sur le même sujet, puis ce sont Anton, Joseph, Larsen, Braun, Leibbrand, Schaffter et Valenciano qui ont recommandé la thérapeutique par l'insuline. Enfin Maier l'a recommandée dans sa conférence, « Sur la biologie des toxicomanes » faite à la semaine internationale de Médecine à Montreux 1935 en revendiquant pour elle le nom de thérapeutique causale par laquelle les désagréments ne sont pas seulement réprimés ou assoupis, mais définitivement écartés.

On ne risque pas par cette méthode de provoquer une autre toxicomanie comme cela peut arriver en traitant les toxicomanes par des hypnotiques.

Mentionnons pour finir Roger Dupouy, qui écrit en 1934 à « l'Académie de médecine » sur un « Procédé de désintoxication rapide des morphinomanes par des émulsions de lipoïdes » et qui en 1935 a fait paraître dans le « Progrès médical » un travail intitulé « Le traitement rapide des toxicomanes par le démorphène. » Ce démorphène est une émulsion en sérum isotonique d'huile d'olives ricinée et lécithinée avec adjonction d'insuline (30 unités par jour) et de sirop de sucre (60 gr. en injection). Je crois que les succès de ce traitement doivent être attribués autant à l'insuline qu'aux autres éléments du démorphène.

Je veux encore ajouter que Klemperer a eu de bons résultats en traitant des alcooliques avec l'insuline, en supprimant immédiatement l'alcool ; il mentionne surtout l'effet calmant et endormant.

La *pathophysiologie* des symptômes d'abstinence chez les toxicomanes et l'influence de l'insuline sur l'échange nutritif chez eux ne semblent cependant pas encore éclaircies. J'y mentionne seulement que Sakel explique les symptômes d'abstinence par une action trop forte d'adrénaline. Wut et d'autres auteurs sont d'avis que l'insuline possède une influence vagotonique. Il semble évident que l'insuline prevoque une régularisation sur les échanges nutritifs des toxicomanes (qui souffrent tous d'une hypoglycémie plus ou moins prononcée). Sous le traitement par l'insuline, les malades prennent de l'appétit et engraissent souvent pendant la cure. En tous cas il faut encore des études appronfondies de nature chimicophysiologiques concernant l'influence de l'insuline sur les échanges nutritifs des toxicomanes.

Il va de soi que les toxiques supprimés, le procès de guérison n'est pas terminé. Il est essentiel de faire suivre la cure d'un *traitement psychothérapeutique* des malades, qui sont presque tous atteints d'une psychonévrose plus ou moins prononcée. Même cela ne donne pas encore une garantie absolue contre des rechutes.

Conclusions

Le traitement rapide des toxicomanies par l'insuline est un précieux enrichissement de notre thérapeutique.

Il réduit dans une proportion considérable le traitement de la désintoxication.

Les désagréments résultant de l'abstinence sont minimes.

Appliqué selon la formule le traitement est sans danger.

Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine

par MM. J. Hamel (de Maréville), M. Desruelles
et Mme Gardien-Jourd'heuil (St-Ylie)

Dans son remarquable rapport sur la thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles, M. le Professeur Maier a écrit: « Il est certain qu'à côté du cerveau, le système nerveux au« tonome joue un rôle beaucoup plus grand dans la genèse « des troubles psychiques fonctionnels qu'on ne soupçonnait « pas autrefois. Les progrès les plus récents, dans le domaine « de l'endocrinologie et de la chimiothérapie du sympathique « et du vague, nous ont doté de moyens qui auront, à l'avenir, « une grande influence dans le traitement des psychoses endo« gènes. »

C'est pourquoi il nous a paru utile de rappeler, dans cette communication, l'action favorable de la vagotonine sur l'anxiété, d'apporter des données nouvelles sur l'action physiologique de cette hormone actuellement isolée à l'état de substance définie, de préciser son mode d'administration, et de rappeler ses indications.



Les troubles neuro-végétatifs dans les états anxieux

Dès longtemps, les cliniciens, les psychiatres, en particulier, ont remarqué et observé d'importantes perturbations dans le fonctionnement du système neuro-végétatif des anxieux, mais c'est surtout depuis 1900 que cette question a particulièrement retenu l'attention ; certains même ont décrit des lésions du système autonome chez ces malades.

De l'étude des multiples travaux publiés à ce sujet, se dégagent les notions suivantes, admises par la plupart des auteurs.

1° Il est certains états anxieux dans lesquels on observe l'indifférence du système neuro-végétatif qui ne répond à aucune sollicitation, et sur lequel les agents pharmacodynami-

ques n'ont pas d'action. Tels sont ceux de la démence précoce et de certaines confusions avec intoxication.

2° D'autres états anxieux, ceux de la psychose maniaque dépressive, sont caractérisés par une excitabilité vagale prédominante.

3° Restent la plupart des anxieux qui sont, soit des hyperémotifs, soit des dégénérés ou des déséquilibrés ; les réactions de leur système organo-végétatifs sont instables, mais généralement avec prédominance d'hypersympathicotonie.

D'autre part, de nombreux auteurs, parmi lesquels Lalanne, Pitres, Régis, Gilbert Ballet, Masselon, Dupré, Devaux, Logre, Hartenberg, Sollier, Courbon, Lévy-Valensi, ont insisté sur le fait que les états anxieux se greffent avec prédilection sur le terrain prédisposé des sujets qui présentent la constitution anxieuse, forme de la « constitution émotive », isolée par Dupré du groupe des déséquilibres psychiques, et dont il a décrit les stigmates psychiques et neurologiques.

Les conceptions de Dupré, comme celles des auteurs précités, établissent les rapports étroits qui existent entre les états anxieux, l'émotivité et l'émotion et permettent de rapprocher l'étude des réactions spontanées ou provoquées, observées au cours des états anxieux, de l'étude expérimentale de l'émotion.

Or, les études expérimentales des psycho-physiologistes, et tout particulièrement les travaux de Cannon, montrent l'importance des manifestations organo-végétatives parmi les réactions organiques des émotions et comment elles proviennent, soit de l'action directe du sympathique, soit de l'action de substances sympathicomimétiques, en particulier l'adrénaline.

Il est donc logique de supposer que l'hyperémotivité et ceux des états anxieux qui sont basés sur elle ont comme cause première une hyperexcitabilité sympathique, conditionnée ou non par de l'hyperadrénalinémie.

Cette supposition, fondée sur des résultats expérimentaux, cadre d'ailleurs avec les données rapportées ci-dessus, de l'observation clinique ; en outre, elle explique probablement l'efficacité de la vagotonine dans le traitement de certains états anxieux, car cette hormone agit en particulier, comme nous allons le voir, sur les deux facteurs précités : elle diminue le tonus et l'excitabilité réflexe sympathique, elle diminue l'efficacité de l'adrénaline.

***

L'HORMONE PANCRÉATIQUE, RÉGULATRICE DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

Dans ces dernières années, le Professeur Daniel Santenoise et ses collaborateurs ont montré que le pancréas sécrétait, non seulement de l'insuline, mais une deuxième hormone bien différente de celle-ci et dont le rôle régulateur du système neuro-végétatif paraît de première importance. Cette hormone, à laquelle il a été donné le nom de vagotonine, est actuellement isolée à l'état de substance pure à caractères biologiques, physiques et chimiques définis et constants, dont voici les principales caractéristiques : Seuil d'activité : 1/200e de milligr. ; point de fusion : 255° ; point iso-électrique : 4,6 ; indice réfractométrique : 1,3408 ; pouvoir rotatoire : 62 (en raie jaune) ; composition centésimale : carbone 48,8, hydrogène 8, azote 14, soufre 3,2 (1).

Cette substance exerce une action profonde sur les grands mécanismes régulateurs neuro-végétatifs et humoraux. Son administration est suivie :

a) d'une augmentation du tonus et de l'excitabilité parasympathique, en même temps que d'une diminution du tonus et de l'excitabilité sympathiques ;

b) d'une augmentation de l'efficacité des substances parasympathicomimétiques, intermédiaires de l'action nerveuse et d'une diminution de l'efficacité des substances sympathicomimétiques du type adrénaline ;

c) d'une augmentation de l'excitabilité des centres respiratoires et d'un accroissement de la ventilation pulmonaire ;

d) de modifications profondes de la composition et de l'équilibre physico-chimique du milieu humoral traduites par une élévation du *p*H sanguin, par un abaissement de la teneur en CO^2, par un accroissement de la teneur en oxygène, et par des modifications complexes de l'équilibre des ions, Na, K, Ca, Cl ;

e) d'une stimulation considérable de l'hématopoïèse, se

---

(1) D. SANTENOISE, Th. BRIEU, E. STANKOFF et M. VIDACOVITCH. — Obtention de la vagotonine sous forme d'une substance à caractères définis et constants. *Compte rendu Académie des Sciences*, juillet 1936.

traduisant au bout de quelques jours par l'apparition de réticulocytes et l'augmentation du nombre des globules rouges (1) ;

f) d'une stimulation du système réticulo-endothélial ;

g) d'une augmentation de la sensibilité aux poisons du système nerveux (anesthésiques et hypnotiques, en particulier) ;

h) d'une augmentation de la sensibilité aux chocs peptoniques et aux chocs anaphylactiques.

La preuve du caractère hormonal de cette substance a été faite par de nombreuses expériences d'ablation du pancréas, et de transfusion par anastomose pancréatico-jugulaire, ainsi que par la mise en évidence physiologique et chimique de la vagotonine dans le sang efférent du pancréas.

Tous les caractères pharmaco-dynamiques, chimiques et physiques de la vagotonine la distinguent en tous points de l'insuline.



RÉSULTATS OBTENUS
DANS LE TRAITEMENT DES ÉTATS ANXIEUX PAR LA VAGOTONINE

Les premiers essais thérapeutiques des maladies mentales par la vagotonine ont été effectués par le Professeur P. Combemale, à l'asile de Bailleul (Nord) ; on en trouve les résultats dans la thèse de son élève, Deschildre (1).

P. Abély, à Paris, fit quelques essais dans sa « mélancolie pancréatique ». Bien qu'ayant utilisé des vagotonines non complètement débarrassées d'insuline, il put « constater parfois une action très nette sur l'anxiété ». Sous la direction du Professeur D. Santenoise, la thérapeutique par la vagotonine fut poursuivie sur une plus grande échelle et plus spécialement chez les anxieux, à l'asile de StYlie (Jura) (2 et 3) et à la Chartreuse, à Dijon (Côte-d'Or), dans le service du Docteur Castin (4). A Paris, dans le service du Professeur Claude (5), une étude est faite de l'action de la vagotonine sur le réflexe oculo-cardiaque dans quelques cas d'anxiété.

La thèse de l'un de nous (6) porte sur 41 cas d'anxiété

---

(1) D. SANTENOISE, P.-L. DROUET et R. GRANDPIERRE. — Action de la vagotonine sur l'anémie. *Compte rendu Académie de Médecine,* séance du 4 juin 1935.

traités par la vagotonine avec un pourcentage important de guérisons. Elle rapporte, en outre, des observations confirmatives inédites, recueillies à l'asile de Sarreguemines par MM. les Drs J. Bobé, R. Got et Mme Bobé, à l'asile de Lorquin, par M. le Dr A. Sizaret, dans leur clientèle par MM. les Drs Baup et Bernal, à la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Nancy, par M. le Pr Binet et M. le Dr Tieger.

Plusieurs cas d'anxiété ont été traités dans le service de l'un de nous, à l'asile de Maréville. L'un d'eux, particulièrement net, a fait l'objet d'une communication à la Société Médico-psychologique (7). MM. les Drs Aubry et Mignardot poursuivent avec succès cette thérapeutique dans le service ouvert de Maréville.

Enfin, nous avons eu connaissance de divers résultats favorables non publiés et obtenus :

à l'asile de Saint-Ylie (Jura) ; à l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), par M. le Dr P. Léculier ; au quartier d'hospice d'Agen, par M. le Dr Bargues. Enfin, en clientèle, dans le département du Jura, M. le Dr P. Gardien et l'un de nous ont obtenu des résultats excellents.

Des observations déjà nombreuses de malades traités par la vagotonine se dégagent les notions suivantes que nous indiquons brièvement, nous réservant d'insister plus loin sur la technique d'administration et les indications :

Les incidents de cure furent rares et bénins, et nos recherches, effectuées depuis plusieurs années (une soixantaine de cas), nous ont très rapidement montré qu'il y avait intérêt à introduire cette hormone pancréatique dans la thérapeutique psychiatrique, car le pourcentage des états anxieux améliorés ou guéris est très élevé ; la proportion des résultats thérapeutiques favorables semble d'ailleurs plus grande depuis que cette hormone est mieux purifiée.

Les états anxieux de la psychose maniaque dépressive, ceux qui sont liés à la sénilité, ceux qui sont passés depuis longtemps à l'état chronique, ne paraissent pas favorablement influencés par la vagotonine, et il n'y a pas lieu de s'en étonner ; les diverses formes d'anxiété relèvent probablement de mécanismes pathogéniques différents et il est rationnel qu'une hormone à action physiologique régulatrice bien déterminée ne puisse agir que dans les états anxieux liés à une perturbation du fonctionnement du système nerveux végétatif.

Au contraire, les anxieux hyperémotifs qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif bénéficient généralement, au point de vue mental, de cette thérapeutique, qui provoque chez eux une diminution de l'excitabilité sympathique se traduisant par la diminution du réflexe solaire.

Fréquemment, seule l'anxiété est influencée, les idées délirantes persistant : la vagotonine ne paraît pas, en effet, agir sur le facteur intellectuel de la psychose, mais elle atteint l'éréthisme sympathique qui conditionne l'intensité des manifestations émotives.

Toutefois, dans certaines psychoses, où prédominent les troubles de la cénesthésie, le syndrome de Cotard, par exemple, des guérisons totales et de notables améliorations ont été obtenues.

Enfin, l'état général des malades est favorablement influencé par le traitement. Nous avons observé : l'augmentation de l'appétit, du poids, l'amélioration du sommeil, la régularisation des fonctions évacuatrices de l'intestin, la sensation subjective de bien-être, la réapparition des règles, la régularisation de la pression artérielle et du rythme cardiaque, l'amélioration d'états anémiques accentués.



Technique d'administration de la vagotonine chez les anxieux

L'expérience clinique a montré qu'il y avait intérêt à prendre diverses mesures permettant d'éviter tout incident et d'obtenir le résultat thérapeutique le meilleur.

Il y a lieu, tout d'abord, de supprimer tout médicament, en particulier les préparations opiacées et les barbiturates ; cette suppression sera effectuée progressivement, en quelques jours, afin d'éviter la production du déséquilibre végétatif intense que provoque souvent un sevrage brusque.

La préparation actuelle, pour l'usage de la clinique, d'extraits à purification très poussée, permet, malgré la grande activité physiologique de cette hormone, de l'employer sans inconvénients ; en effet, du fait de l'élimination des protéines étrangères, la vagotonine ne provoque plus, par elle-même, de choc anaphylactique. Néanmoins, il est utile de rappeler

qu'elle crée une sensibilisation aux antigènes ; aussi est-il indispensable lors de son administration : 1° de s'assurer de l'absence de stase intestinale pouvant provoquer des résorptions toxiques (on prescrira, avant et pendant le traitement, chaque matin, à jeun, un léger laxatif cholagogue) ;

2° d'éliminer strictement du régime les aliments pouvant donner des accidents du type anaphylactique, tels que les œufs, le poisson de mer, les coquillages, le gibier, et cela surtout chez les insuffisants hépatiques. Il importe aussi de rechercher les idiosyncrasies possibles : sensibilisations aux fraises, aux framboises, au lait, etc.

On prescrira, dans les repas, une ration suffisante en hydrates de carbone (pommes de terre de préférence). On restreindra, au minimum, les substances grasses, cétogènes, la présence de corps cétoniques semblant s'accompagner d'une diminution de l'efficacité de la vagotonine.

On prescrira aussi des boissons diurétiques.

La vagotonine utilisée doit être de fabrication récente ; les ampoules fendues ou altérées doivent être éliminées.

Il y a lieu de l'administrer en injections intramusculaires.

Des recherches récentes ayant montré qu'elle était absorbée par la muqueuse sub-linguale, il a été possible dans certains cas d'utiliser ce mode d'absorption.

On commencera par des doses faibles : 5 à 10 milligrammes, soit 1/4 à 1/2 ampoule, et on observera la sensibilité du sujet. S'il ne présente pas de réactions à la suite de la première injection, on peut très rapidement passer à 20 mmgr. (une ampoule) et à 40 milligrammes (2 ampoules) par jour. Si le sujet présente quelques réactions à la suite de la première injection, il y a lieu d'administrer, pendant quelques jours, la vagotonine à doses faibles (5 à 10 milligrammes avant chacun des principaux repas), et d'augmenter ensuite progressivement les doses ; les réactions, exceptionnelles d'ailleurs, s'atténuent très rapidement par la poursuite du traitement.

On les évite ou on les atténue encore en faisant absorber, au moment de l'injection, environ 50 grammes de sucre, de préférence du glucose, avec un jus de fruit, d'orange, par exemple. On prendra en particulier cette précaution s'il s'agit d'un malade maigre et asthénique, n'ayant pas de réserves hydrocarbonées.

On pourra aussi éviter les réactions qui peuvent se produire

lors des premières injections, en administrant auparavant un sédatif du système végétatif, mais cela n'est utile que pendant les premiers jours seulement.

Nous insistons encore sur l'extrême rareté et la bénignité de ces incidents et nous n'indiquons ces précautions qu'afin de les éviter.

Il est préférable, en tous cas, d'administrer la vagotonine une heure à une demi-heure avant chacun des principaux repas.

La première série doit être d'environ quinze injections. Les suivantes pourront porter sur 8 jours, avec intervalles de repos de 8 jours, ceci à titre d'indication, la posologie étant évidemment variable suivant les cas.

Les effets thérapeutiques se manifestent assez rapidement chez certains sujets, et fréquemment un traitement d'une quinzaine de jours, à raison de une ou deux ampoules par jour, est suffisant.

Dans d'autres cas, au contraire, l'amélioration n'apparaît qu'à la fin de la quinzaine ; il y a donc lieu de prolonger encore pendant quelques jours, puis, après huit jours de repos, de reprendre une série moins importante. Nous avons observé des guérisons survenant au cours de la 3[e] et même de la 4[e] série d'injections.

***

Indications et contre-indications. Conclusions

Les résultats cliniques semblent indiquer que les facteurs d'hyperémotivité et d'hyper-sympathicotonie constituent une indication formelle du traitement par la vagotonine.

On conçoit donc facilement l'intérêt considérable qu'elle peut présenter dans tous les cas où les troubles mentaux sont légers, se bornant à de l'anxiété pure, à une simple inquiétude, en somme, chez les malades de clientèle, non délirants, chez les petits mentaux, les psychasthéniques.

Il semble aussi que les anxieux hypertendus, hyperglycémiques, glycosuriques, anémiques, bénéficient de la même thérapeutique.

Elle est indiquée également dans les cas d'anxiété dus à la ménopause, ou à la ménopause chirurgicale.

Il est rationnel de la prescrire avec persistance dans les délires accompagnés de troubles de la cénesthésie.

Dans certains cas d'épilepsie et de psychose maniaque dépressive, on a vu se déclencher des crises ou des accès maniaques paraissant en rapport avec le traitement ; il semble donc qu'il faille ici s'abstenir ou tout au moins procéder par faibles doses.

Chez les vieillards, il importe de prescrire des doses très faibles et de prolonger la thérapeutique.

La seule véritable contre-indication est l'insuffisance cardiaque.

La thérapeutique de l'anxiété par cette hormone bien purifiée se montre souvent et rapidement efficace ; ses inconvénients sont exceptionnels et bénins, c'est pourquoi nous considérons la vagotonine comme un traitement rationnel des états anxieux.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Deschildre. — Recherches de pharmacodynamie clinique avec la vagotonine. *Thèse Lille,* 1933.
2. M. Desruelles, P. Léculier et Mme P. Gardien. — Effets de la vagotonine sur 200 aliénés. Etude biologique et thérapeutique. *A.M.-P.*, 1933, II, p. 371.
3. M. Desruelles, P. Léculier, Mme Gardien-Jourd'heuil et P. Gardien. — A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine. *A.M.-P.*, n° 3, octobre 1934.
4. P. Castin, Mme Gardien-Jourd'heuil et P. Gardien. — Essai de traitement de l'anxiété par la vagotonine. *A.M.-P.*, n° 1, janvier 1935.
5. H. Claude, Dublineau et Dorolle. — Action de la vagotonine sur le réflexe oculo-cardiaque dans quelques cas d'anxiété. *Soc. Méd.-Psych.*, 23 octobre 1933.
6. M.-P. Gardien-Jourd'heuil. — La vagotonine dans les états anxieux. *Thèse Lyon,* 1935, Thomas, Nancy.
7. J. Hamel et R. Buisson. — Anxiété chez un déprimé hypocondriaque. Heureux effet de la vagotonine. *A.M.-P.*, 1936, I, p. 823.

Opothérapie rénale et délire aigu

par M. Capgras, Mlle E. Jacob et M. Pierre Doussinet
(de Paris)

Notre intention est de saisir la société des résultats de nos recherches sur le traitement des délires aigus par les extraits de rein et plus particulièrement de l'hyperazotémie si fréquente et si grave dans ces affections.

Quelles que soient les opinions des nombreux auteurs que nous avons consultés sur l'étiologie et la pathogénie des délires aigus, l'accord se fait toujours sur le pronostic : les délires aigus meurent d'infection, d'urémie ou d'insuffisance cardiaque, cette dernière pouvant n'être parfois que la conséquence de l'insuffisance rénale ; notre thérapeutique s'est donc attachée à lutter contre cette insuffisance.

Nous nous contenterons d'apporter ici des faits nouveaux, précis et contrôlables, en rappelant seulement l'interprétation qui découle des travaux classiques sur l'opothérapie rénale.

Nous avons utilisé dans tous les cas un extrait injectable dont la dose quotidienne administrée par voie sous-cutanée n'a jamais dépassé 2 grammes de pulpe de rein frais, dose faible, mais suffisante et peut-être même supérieure à la dose utile. Nous l'avons administrée en deux fois dans les 24 heures, aiguillés par deux préoccupations devenues désormais des directives : celle d'instituer le traitement aussi précocement que possible (le délire aigu constituant une urgence, au sens médical du mot), et celle de le prolonger bien au delà de la disparition de l'hyperazotémie jusqu'au complet évanouissement de toutes les manifestations infectieuses.

Il est indispensable de préciser qu'aucun autre traitement susceptible d'agir favorablement sur la diurèse n'a été institué, en particulier, nous nous sommes abstenus de façon rigoureuse, et cela pour éviter toute erreur d'interprétation, de prescrire du sérum physiologique et du sérum glucosé.

Le premier effet constant de l'opothérapie rénale est d'augmenter considérablement la diurèse, propriété capitale si l'on songe que l'oligurie de la plupart de ces malades confine souvent à l'anurie sur laquelle aucun diurétique usuel n'a d'efficacité.

Aussi constante est l'action sur la rétention azotée.

Dès le début du traitement, l'azotémie, même élevée (3 gr. et au-dessus) se stabilise puis décroît rapidement.

Parallèlement, un grand nombre de manifestations somatiques s'atténuent et disparaissent : fuliginosités des lèvres, sécheresse de la langue, fétidité de l'haleine, nausées, vomissements, anorexie, aérogastrie, rétention d'urine. L'hypertension artérielle, qui n'est pas exceptionnelle dans ces états, la tachycardie sont également favorablement influencées. Il en est de même pour la somnolence, la photophobie, les fibrillations musculaires qui ne tardent pas à disparaître. Dans plusieurs cas, nous avons même noté, sept à huit jours après le début du traitement, la réapparition des réflexes rotuliens qui avaient paru complètement abolis.

Le syndrome urinaire est toujours modifié : l'albuminurie, la cétose, la glycosurie disparaissent rapidement et souvent définitivement.

La concentration de l'urine en urée s'elève en même temps que s'améliore la constante d'Ambard et le rapport uréique hémato-urinaire.

L'action sur le syndrome mental est variable suivant les cas : les éléments confusionnels : instabilité motrice, négativisme sont, dans la règle, favorablement influencés. L'onirisme hallucinatoire des éthyliques [delirium tremens (1)] l'est moins nettement. Les éléments maniaques et anxieux ne paraissent pas modifiés.

La fièvre subit des variations complexes : habituellement elle tend à s'atténuer et à disparaître dès les premiers jours, mais il n'est pas rare qu'elle remonte dans la suite ; il semble que cette recrudescence thermique coïncide assez exactement avec la disparition de l'hyperazotémie.

---

(1) Dans le délirium tremens et les syndromes confusionnels fébriles des éthyliques, nous préconisons l'emploi simultané des extraits rénaux et hépatiques injectables. L'action bienfaisante des extraits hépatiques sur l'état général et l'onirisme particulier de ces malades signalés par d'autres auteurs s'est confirmée pour nous-mêmes.

Dans les formes légères cette recrudescence est faible et passagère ; dans les formes graves elle est souvent le signe précurseur d'une localisation de l'infection jusque là généralisée et latente. Le tableau clinique change alors d'aspect et le pronostic immédiat dans les formes les plus sérieuses est lui-même conditionné par le déroulement de ce nouveau processus.

La disparition de l'hyperazotémie améliore néanmoins le pronostic vital d'une façon très notable dans tous les cas et le transforme radicalement dans un bon nombre.

Nos connaissances sur le mécanisme physiologique de l'activité des extraits de rein peuvent être ramenées d'après M. Loeper (1) à l'énoncé de sept propriétés principales : propriété diurétique s'exerçant directement sur l'organe et vraisemblablement proportionnelle à la valeur fonctionnelle de ce dernier ; propriété hypotensive, vasotonique, cytopoïetique facilitant la régénération de l'organe lésé, propriété antitoxique, propriété générale sur la nutrition et l'anémie cellulaire.

Bien que la preuve formelle de fonctions endocriniennes rénales n'ait pas été faite, qu'aucune hormone n'ait été isolée, de très fortes présomptions en faveur de l'existence de plusieurs substances hormonales se sont imposées à la plupart des auteurs pour rendre compte de tels faits.

Toutes nos observations ne pouvant être matériellement incluses dans cette communication nous n'avons retenu que les plus caractéristiques de l'activité des extraits de rein dans les délires fébriles. Nous avons tenu à publier notre unique cas de décès (Obs. n° 2) sur quinze malades traités parce que l'observation de ce cas nous paraît bien mettre en valeur les limites des possibilités de l'opothérapie rénale.

Mme Odette M..., 34 ans.

2 mai 1936 : internée à l'asile d'Alençon.

Délire aigu avec : agitation intense, signes confusionnels, négativisme, refus d'aliments liquides, insomnie, température 39°, langue sèche, rôtie, mydriase, oligurie confinant à l'anurie. Examen d'urine (quelques cent. cubes recueillis par sondage) : albuminurie légère, acétonurie intense, ni sucre, ni urobiline. Azotémie = 1 gr. 17.

---

(1) Loeper. — L'opothérapie rénale. *Progrès médical*, 1932, p. 2145.

3 mai. — Même état avec altération du faciès.

4 mai. — Agitation toujours intense, la malade ne boit pas, on arrive très difficilement à lui faire avaler de force quelques rares gorgées de liquide, même état fébrile, persistance d'une oligurie accentuée, constipation opiniâtre.

5 mai. — Azotémie = 2 gr. 47.

7 mai. — La malade paraît agonisante, état de prostration dont elle ne sort que pour jeter quelques cris d'une voix cassée, faciès très altéré ; battement des ailes du nez ; les yeux sont vitreux, sans regard, la mydriase est intense ; chute de la température : 37°3-37°5. Traitée dès lors, par deux injections quotidiennes d'extrait rénal (à la dose de 1 gr. de pulpe de rein frais).

8 mai. — L'état mental et l'état général sont nettement modifiés. La malade est sortie de sa torpeur, elle est agitée, toujours confuse, mais elle commence à boire. Examen d'urines (recueillies par sondage, beaucoup plus abondantes, plus claires, 750 cm³) ; absence d'albuminurie et d'acétonurie ; température, 38°.

9 mai. — Aspect physique nettement meilleur, langue saburrale mais humide ; la diurèse est rétablie (1.500 cm³) et les mictions deviennent spontanées. Azotémie = 0 gr. 49.

10 mai. — Recrudescence de l'agitation. Fièvre 39°5 sans altération de l'état général. L'examen des différents organes ne décèle rien d'anormal. Les jours suivants l'état général continue à être satisfaisant, la température baisse progressivement. Au point de vue mental persistance d'excitation avec illusions, fausses reconnaissances.

15 mai. — Etat sensiblement le même ; température maxima : 37°8. La malade absorbe au moins 2 litres de boisson par jour. Azotémie = 0 gr. 49. Le sommeil est régulier. L'épisode de délire aigu paraît complètement jugulé. Le pronostic vital qui s'était posé pendant quelques jours est excellent désormais.

20 mai. — Reprise de l'alimentation normale.

25 mai. — Calme ; persistance d'illusions, de fausses reconnaissances.

28 mai. — Se lève, reste calme, peut aller au parloir recevoir sa famille.

30 mai. — Arrêt du traitement.

1er juin. — Plus confuse.

6 juin. — Même état mental, altération légère de l'état général, examen d'urine : rien à signaler ; mais azotémie = 0 gr. 62 ; reprise du traitement par l'extrait rénal (aux mêmes doses) suivie rapidement d'une amélioration clinique des troubles.

16 juin. — Azotémie = 0 gr. 20. Etat général satisfaisant. Au point de vue mental : persistance d'une légère excitation intermittente, de pleurnicheries puériles et continuelles, les signes confusionnels ont à peu près disparu.

⁂

Mme Marie-Louise B..., 46 ans. Hérédité psychopathique paternelle. Premier accès confusionnel aigu en 1917. Deuxième accès en 1936 nécessitant, le 10 juin 1936, le placement à l'asile Sainte-Anne.

13 juin 1936. — Mutisme, agitation désordonnée, soupirs, sputation, les lèvres sont sèches, escoriées, saignantes, la langue est rôtie. L'examen systématique ne met en évidence que des réflexes rotuliens faibles mais non abolis. Les urines sont rares ; la malade gâte, mais très peu ; 200 gr. d'urines seulement peuvent être ramenées par sondage dans les 24 heures. Acétonurie légère. Température 38°4.

14 juin. — Même état général inquiétant, cependant la malade boit facilement, l'oligurie est extrême, le dosage d'urée sanguine (hypobromite) fait apparaître une azotémie de 1 gr. 58. Première injection sous-cutanée de 2 cm^3 d'extrait rénal.

15 juin. — La malade gâte beaucoup plus, les urines acides ne contiennent ni albumine, ni acétone, ni sels biliaires, ni pigments biliaires, la température est à 37°4; la malade continue à boire d'une façon très satisfaisante, de plus, le mutisme a disparu, la malade est très présente et répond correctement aux questions posées mais fait montre d'une grande fatigabilité ; 2 ampoules d'extrait rénal.

17 juin. — Azotémie = 0 gr. 90. Température 39° ; apparition de petites pustulettes périunguéales, et d'un abcès anthracoïde de la région thoracique postérieure droite. Le traitement comporte toujours : 2 ampoules d'extrait rénal, dont 1 le matin et 1 le soir.

19 juin. — Azotémie = 0 gr. 34. Les mictions sont fréquentes et abondantes, mais la température est toujours au-dessus de 38° légitimée par l'évolution d'un énorme abcès anthracoïde de 20 cm. de diamètre.

20 juin. — La malade quitte le service pour être opérée. L'intervention différée jusqu'au 23 n'a pu être supportée, la malade succombe le 24 après avoir présenté de multiples foyers de suppuration métastatique.

⁂

Mme Hélène B... 38 ans.

Premier épisode confusionnel en octobre 1935 d'une durée de deux mois.

Rechute en juin 1936 nécessitant l'internement à Sainte-Anne.

22 juin. — Agitation, surtout motrice et désordonnée. Jovialité. Fausses reconnaissances (peut être alimentée suffisamment). Oligurie 500 gr. environ. Urines claires, acides, ne contenant ni sucre, ni albumine, ni sels biliaires, ni corps cétoniques. Température 38°8. Azotémie = 1 gr. Reçoit 4 cm^3 sous-cutanés d'extrait rénal en deux fois.

23 juin. — Aucune modification nette de l'état mental et général. Température au-dessus de 39° que ne légitiment aucun foyer pulmonaire, aucune manifestation muqueuse ou cutanée. 4 cm³ d'extrait rénal sont administrés, dans les 24 heures, régulièrement.

25 juin. — La malade continue à boire abondamment, l'agitation motrice est moins intense, la température est à 38°6. Azotémie = 0 gr. 70. L'extrait rénal est toujours continué aux mêmes doses.

26, 27 et 28 juin. — La température décroît en lysis pour être normale le 29. L'agitation tombe parallèlement. Le syndrome ne comporte plus que ces trois éléments : désorientation, jovialité et fausses reconnaissances.

3 juillet. — Azotémie = 0 gr. 36. L'amélioration du syndrome psycho-organique s'est rapidement confirmée.

***

Mme Ba..., 49 ans.

Premier accès confusionnel en 1909.

Second accès confusionnel à teinte dépressive en 1924.

Internée à nouveau en février 1936 à l'Asile d'Alençon.

24 juin. — Délire aigu : agitation intense, cris, propos incohérents, négativisme, refus complet d'aliments, même liquides, altération marquée de l'état général chez une malade très amaigrie (35 kilos), langue rôtie, température 39°4, insomnie, oligurie avec rétention d'urine ; l'examen des urines (recueillies par sondage) montre : acétonurie intense, absence d'albumine, de sucre, d'urobiline. Azotémie = 0 gr. 90, traitée aussitôt par des injections intra-musculaires bi-quotidiennes de 1 gr. d'extrait rénal.

28 juin. — Même état d'agitation confuse, mais amélioration de l'état général ; la température ne dépasse pas 38°, la langue est moins sèche, disparition du négativisme, persistance de la rétention d'urine, cependant les urines sont plus claires, beaucoup plus abondantes. L'acétonurie a disparu.

3 juillet. — Persistance de l'agitation, atténuation des signes confusionnels, meilleur état général, température 38°, la rétention d'urine a cédé. Azotémie = 0 gr. 54.

9 juillet. — Disparition des éléments du délire aigu ; aspect actuel de manie, température 37°6 maximum le soir. Azotémie = 0 gr. 45.

***

Mme Marie M., 49 ans.

Premier accès, débutant brusquement le 15 juin 1936.

25 juin. — Syndrome excito-confusionnel avec cris, chants, gesticulations, propos sans suite, se montrant incapable de fixer son attention et de répondre aux questions visant son identité ;

lèvres fuligineuses, langue rôtie. Contusions multiples. Température 39°5, réflexes rotuliens abolis, persistance des achilléens.

26 juin. — Oligurie très marquée, présence d'albumine et d'acétone en petite quantité. Azotémie = 1 gr. 30. Tension artérielle 19-12, Pachon, température au-dessus de 38° ; la malade, qui boit assez facilement, reçoit 4 cm³ d'extrait rénal dans les 24 heures.

27 juin. — Apparition de petits bouquets d'herpès sur le menton et la lèvre supérieure. Température stationnaire autour de 39° jusqu'au 29 juin, date à laquelle s'esquisse une défervescence en lysis qui aboutira à 37° le 2 juillet.

2 juillet. — Mictions fréquentes et abondantes, urines claires, acides ne contenant plus ni albumine, ni acétone. Azotémie 0 gr. 45. Tension artérielle 15, 9, Pachon. Réapparition des réflexes rotuliens faibles, mais nets. Malade plus calme, mais toujours confuse ne fait que de rares réponses correctes. Les bouquets d'herpès se flétrissent mais apparition d'une fluxion parotidienne droite sur laquelle la malade attire spontanément l'attention.

4 juillet. — Fluxion parotidienne bilatérale, température 39°, recrudescence des troubles confusionnels.

5 juillet. — Température à 40°, début d'un érysipèle de la face typique qui évolue rapidement vers la résolution en 5 jours, recrudescence passagère de l'azotémie = 0 gr. 70.

Dès le 9 juillet la température est redevenue définitivement normale, mais apparition d'une albuminurie importante d'abord (3 gr.) qui s'atténuera progressivement pour disparaître le 14 juillet. La malade est alors complètement réintégrée. La rémission est complète, tant au point de vue général que mental.

⁂

Mme M.-L. Le B..., 48 ans,

Etat confusionnel aigu avec manifestation paroxystique, tentative de suicide par défenestration ayant abouti à une fracture de Dupuytren.

Le 20 juin. — Etat de stupeur avec mutisme, refus d'aliments, opposition, rétention d'urines, température 38°5.

Le 29 juin. — Même état avec paroxysme anxieux et tentative de strangulation. Température 39°6. Urines recueillies par sondage 350 gr. dans les 24 heures. Urée sanguine 0 gr. 85 ; acétonurie et diacéturie. Réflexes rotuliens très faibles. Refus complet d'aliments. Début du traitement : extrait rénal correspondant à 4 gr. de glande fraîche dans les 24 heures.

Le 2 juillet. — La malade se présente surtout comme une anxieuse. Les mictions sont spontanées, 850 gr. peuvent être recueillies. Acétonurie sans diacéturie. Urée sanguine, 0 gr. 62. Température 39°.

Le 4 juillet. — Même état, la température atteint pour la première fois 37° ; les réflexes rotuliens sont nettement plus vifs.

Le 6 juillet. — Température 39°. Recrudescence d'anxiété et de négativisme, la malade urine abondamment. Disparition de l'acétonurie.

A partir du 11 juillet la température se stabilise autour de 37°, la malade s'alimente beaucoup mieux, répond aux questions, se montre à peu près orientée mais reste toujours anxieuse, se contentant d'exprimer des idées de suicide, d'appeler la mort, ne cherchant plus à se la donner.

Le 16 juillet l'azotémie est à 0 gr. 38. L'état général est très satisfaisant. Les réflexes rotuliens sont absolument normaux. L'état mental seul donne encore de l'inquiétude : on note de la discordance, une certaine puérilité qui commande un pronostic réservé au point de vue mental. Le traitement par les extraits de rein va pouvoir être interrompu.

Les observations que nous avons pu recueillir jusqu'ici témoignent toutes de la même activité remarquable des extraits de rein sur l'hyperazotémie des délires fébriles.

Ces extraits constituent, à nos yeux, dans l'état actuel de nos ressources thérapeutiques, le moyen le plus efficace d'améliorer le pronostic vital de cette grave affection.

Traitement adjuvant, traitement symptomatique dont l'action sur le fonctionnement rénal qu'il redresse est cliniquement comparable à celle qu'exercent les tonicardiaques sur le cœur ; traitement d'urgence et traitement spécifique de la défaillance rénale, les extraits de rein méritent d'être utilisés dans le délire aigu de façon aussi large et systématique que les médicaments de l'insuffisance cardiaque.

Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales

par M. Pierre Doussinet et Mlle El. Jacob (de Paris)

« On conviendra, dit M. le Professeur Maier, dans son « rapport, que les tentatives thérapeutiques effectuées sur des « maladies dont on ignore jusqu'à ce jour l'étiologie ne « peuvent être qu'empiriques. »

C'est de cette recherche thérapeutique empirique que nous nous réclamons. Nous avons choisi cette méthode de travail, en elle-même infiniment captivante, parce qu'elle nous a paru offrir d'immenses possibilités d'investigations, et que nous avons trouvé dans l'acceptation systématique de la donnée thérapeutique empirique d'étonnantes perspectives de progrès.

A utiliser quotidiennement les propriétés thérapeutiques de médicaments consacrés par l'usage on en vient naturellement à déterminer, de façon chaque jour plus précise, les indications des diverses préparations utilisées. La notion d'indication thérapeutique née d'observations cliniques répétées conduit progressivement à des investigations analytiques plus précises et par là à la notion de spécificité médicamenteuse.

Ainsi avons-nous été conduits, après un usage très important de l'huile soufrée, à étudier l'action isolée des dérivés sulfurés, puis de l'élément soufre ; enfin, à préciser l'indication thérapeutique quasi spécifique de cet élément : l'excitation maniaque.

Des préoccupations analogues et une progression identique nous ont conduits à utiliser l'or colloïdal de façon à peu près exclusive dans les syndromes dépressifs à forme mélancolique, et l'arsenic colloïdal dans les dépressions à forme d'asthénie, dans les psychoses obsessionnelles et la névrose d'angoisse.

L'antagonisme qui se manifeste entre les propriétés théra-

peutiques respectives du soufre et de l'or est tout à fait caractéristique et pour ainsi dire constant, ces deux médicaments s'opposant presque aussi fortement que l'excitation et la dépression s'opposent en clinique.

En effet, il est exceptionnel de voir un accès dépressif de type mélancolique amélioré par la thérapeutique soufrée pure. Dans la règle, les manifestations de cet ordre sont exaspérées et souvent même considérablement aggravées par ce médicament.

Par contre, le soufre fait montre dans l'excitation maniaque d'une activité très grande s'opposant nettement à celle de l'or et de l'arsenic, néfaste dans ces cas. Cette spécificité d'action s'étend même dans une large mesure aux propriétés préventives respectives de l'or et du soufre utilisés dans le traitement prophylactique des accès périodiques.

La démarcation entre les domaines de l'or et de l'arsenic, pour nette qu'elle soit, est moins tranchée et cela parce que la clinique est elle-même moins précise.

Les formes mixtes où l'asthénie et les troubles de la série mélancolique voisinent sont très fréquentes, témoignant de l'étroite parenté de ces deux ordres de manifestations.

Dans ces cas, cependant, chacun des deux médicaments employé isolément agit avec une électivité remarquable sur une seule catégorie de troubles dissociant le syndrome.

Une de nos malades particulièrement instructive à cet égard nous disait le surlendemain d'une injection d'arsenic : « Mes angoisses ont disparu, mon cœur ne bat plus, je n'ai plus d'idées fixes mais je suis toujours anxieuse. » Et le surlendemain d'une injection d'or : « Je ne suis plus anxieuse mais mes angoisses sont revenues. »

D'autre part, l'or et l'arsenic ne paraissent pas susceptibles de se remplacer, plusieurs observations de dépression atypique nous servent d'arguments convaincants en montrant, ici, l'échec de l'or et le succès de l'arsenic, là au contraire l'échec de l'arsenic et le succès de l'or. Dans ces cas l'on peut vraiment dire que la thérapeutique apporte à la clinique le concours d'un véritable critère biologique en confirmant le bien fondé de la notion de spécificité médicamenteuse en ce qui concerne l'action des corps que nous avons retenus dans ce travail.

Bien entendu cette expression ne saurait prétendre à une valeur absolue et lorsque nous l'employons nous n'avons

nullement l'intention d'avancer que le médicament visé est formellement contre indiqué dans tous les autres cas, que le soufre, par exemple, n'est d'aucune utilité dans certaines formes d'asthénie, de P. G. ou de démence précoce, alors que de nombreux témoignages plaident en faveur d'une certaine efficacité. Nous voulons dire seulement que l'activité qu'il exerce sur l'excitation maniaque est d'une qualité qui ne supporte aucune comparaison et qui fait de lui le médicament par excellence de ce syndrome.

Il en est de même pour l'or et l'arsenic avec plus de réserves encore sur la rigueur des limites assignées.

Si l'on étudie l'action thérapeutique de ces trois médicaments, s'exerçant dans leur domaine particulier, on est frappé par les importantes variations qui la caractérisent.

De nombreux cliniciens cherchant à établir un pronostic ou à instituer un traitement ont invoqué, pour expliquer ces variations, une quantité de facteurs dont le rôle paraît indéniable. Parmi ceux-ci : l'âge du malade, sa résistance organique, les conditions de sa vie sociale, de son isolement ou de son repos, l'ancienneté des troubles, la fréquence, la durée ou l'intensité des accès. Nous y ajouterons le moment plus ou moins propice à l'intervention thérapeutique. Au début des accès, il n'est pas rare, en effet, que l'action du médicament se manifeste par l'aggravation des troubles, à la période d'état, l'effet paraît le plus souvent nul, mais au décours de l'accès, par contre, l'action du médicament s'avère habituellement efficace et, dans l'intervalle, il fait montre souvent de propriétés préventives utilisables.

Nous avons pu mettre en évidence en expérimentant sur un grand nombre de cas qu'il suffisait d'abaisser la dose du produit utilisé avec succès au décours des accès pour lui rendre son efficacité au début et à la période d'état. Il nous est apparu alors qu'il existait un écart considérable entre les doses utilisables aux différentes périodes des accès, écart qui s'exprimait par l'emploi, dans l'intervalle des accès, de doses cinquante fois supérieures à celles qui présentaient un effet utile et dépourvu de nocivité à la période d'état.

Ainsi était mise en lumière une caractéristique nouvelle de l'état biologique de nombreux psychopathes et, en particulier, des périodiques : ces oscillations très remarquables de la tolérance et des possibilités de réaction aux médicaments.

Nous nous sommes alors efforcés de régler notre posologie

sur la réaction psycho-organique avec la plus attentive docilité nous laissant ainsi conduire en même temps qu'initier à la thérapeutique infinitésimale.

La difficulté d'instituer un traitement constamment adapté à des oscillations imprévisibles nous avait incité à utiliser la tolérance relativement grande de la période intercalaire pour prescrire un traitement préventif à posologie fixe.

Chez un certain nombre de ces malades à rythme périodique particulièrement régulier la preuve de l'efficacité du traitement préventif, à doses relativement élevées, est obtenue après deux et même trois années de rémission complète.

Chez des malades cliniquement analogues, par contre, l'effet bienfaisant du traitement ne s'est pas vérifié entièrement. Avec les petits signes prémonitoires de la rechute réapparaît la susceptibilité médicamenteuse et avec elle l'effet nocif du médicament.

Ces faits nous ont conduits à préférer les doses adaptées aux possibilités réactionnelles les plus basses, et par conséquent, en mesure de faire face à toutes les vicissitudes d'oscillations incoercibles.

Dès lors, nous nous dispensons de tenir compte, pour l'établissement de nos traitements de l'amplitude des oscillations, le traitement curateur étant encore le meilleur des traitements préventifs.

***

La notion de spécificité médicamenteuse ne peut s'entendre que pour exprimer une action spécifique directe du médicament sur l'agent causal ou une réaction organique également spécifique à ce médicament.

La nécessité d'utiliser des doses infinitésimales crée déjà une forte présomption en faveur de la réaction organique salutaire. Cette présomption est largement confirmée par plusieurs groupes de faits. Il n'est pas exceptionnel de noter à la suite d'une injection de soufre, d'or ou d'arsenic infinitésimal l'apparition plus ou moins immédiate d'un léger frisson suivi d'un crochet thermique. On observe, plus fréquemment encore, des manifestations à type d'arthralgies ou de douleurs rhumatoïdes diffuses. Ces éléments d'une réaction générale sont toujours d'ailleurs les signes avant-coureurs d'une prochaine amélioration.

Dans d'autres cas, l'injection est suivie de manifestations d'un autre ordre telles que : légère poussée d'azotémie, apparition d'acétonurie, de glycosurie, d'urobilinurie, etc., coïncidant avec une recrudescence des troubles mentaux, témoins d'une réaction organique défavorable provoquée par l'emploi d'une dose de médicament trop élevée.

D'autres fois, l'action favorable des préparations infinitésimales sur l'ensemble du syndrome psycho-organique ne se manifeste qu'au début du traitement, l'organisme exprimant cette même fatigabilité réactionnelle qu'il est si courant d'observer avec les médications de choc usuelles. Nous avons pensé qu'il s'agissait là encore d'un signe d'intolérance dont il convenait de tenir compte pour déterminer la dose optima et nous l'avons vu effectivement disparaître après l'usage de préparations mieux adaptées, c'est-à-dire posologiquement plus faibles.

L'étude antérieurement poursuivie du mode particulier de réaction organique des psychopathes à de nombreux antigènes (1) nous avait appris l'aptitude très spéciale de ces organismes à réagir par des insuffisances viscérales fonctionnelles et nous avait également enseigné quelques moyens efficaces d'y remédier (2).

Notre expérimentation sur les injections de sérum humain normal, notamment, nous avait montré l'influence favorable de cette médication sur la plupart des déficits viscéraux fonctionnels qui caractérisent les paroxysmes réactionnels des psychopathes (3). Il était, dès lors, légitime d'utiliser le sérum humain comme véhicule de nos réactifs infinitésimaux. Le pouvoir thérapeutique de ces derniers apparut considérablement facilité par cette technique. Le sérum humain paraissait augmenter la tolérance de façon notable. Confirmation nous fut donnée de cette propriété en remplaçant le sérum d'un sujet normal par le sérum du malade lui-même : l'intolérance fut alors manifeste. Bien plus, le sérum d'un sujet ayant déjà réagi favorablement au réactogène s'affirmait comme étant le

---

(1) Pierre Doussinet. — Contribution à l'étude des conditions biologiques de certains troubles mentaux. *Thèse Paris*, 1934.

(2) Pierre Doussinet. — Du mécanisme et du traitement des troubles organiques satellites des maladies mentales. *Progrès Médical*, février 1934.

(3) Pierre Doussinet et Mlle El. Jacob. — Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique. — G. Demay, Mlle El. Jacob et Pierre Doussinet : Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1934.

véhicule idéal, comme s'il apportait réellement les éléments de réaction normale dont l'organisme du psychopathe se trouverait dépourvu.

Dans l'impossibilité où nous nous sommes jusqu'alors trouvés d'isoler ces éléments, nous avons dû nous contenter d'étudier de plus près les déficits viscéraux qui caractérisent la réaction d'intolérance : azotémie, albuminurie, glycosurie, acétonurie, diacéturie, urobilinurie etc..., démasquant en même temps qu'une carence de substances humorales protectrices une fragilité fonctionnelle de divers organes et plus spécialement du rein, du foie, du pancréas.

Il ne nous restait plus qu'à utiliser les extraits hépatiques et rénaux comme véhicules médicamenteux. L'usage extrêmement important que nous avons pu faire jusqu'à ce jour de ces associations nous autorise à les préconiser sans réserves.

Associées aux extraits hépatiques ou rénaux, suivant les cas d'espèce, les préparations infinitésimales sont toujours mieux tolérées et présentent une action thérapeutique à peu près sans éclipse.

Notre conception thérapeutique se trouve donc fondée sur deux ordres de considérations :

Les premières tenant à la drogue dont l'emploi doit être limité à une catégorie de troubles pour lesquels elle présente une activité élective qui doit être utilisée à la dose infinitésimale correspondant au degré de tolérance le plus bas de l'organisme en cause.

Les secondes ayant trait au terrain, à sa pauvreté en substances protectrices et à la conséquence qui paraît en découler, l'aptitude aux réactions à type de déficits viscéraux fonctionnels, nécessitant l'usage de véhicules médicamenteux protecteurs, soit sérum humain normal et mieux, sérum enrichi en substances protectrices spécifiques, soit extraits endocriniens adaptés aux types particuliers de réaction déficitaire : extrait rénal et plus fréquemment encore, extrait hépatique.

Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique (Traitements curateurs et traitements préventifs)

par M. Pierre Doussinet et Mlle El. Jacob (de Paris)

Les préparations infinitésimales que nous utilisons sont des suspensions colloïdales chimiques.

Nous avons adopté le centième de milligramme de principe actif comme unité de mesure parce qu'il nous a paru correspondre au degré de tolérance moyenne des sujets en rémission. Nous l'avons donc considéré comme l'unité clinique à partir de laquelle nous pourrions faire varier notre posologie.

Nous avons utilisé jusqu'à cinq unités cliniques dans les traitements préventifs et prescrivons quotidiennement des solutions de 1/16 ou 1/32 d'unité clinique comme traitement curateur et d'entretien.

La voie d'introduction parentérale est une des caractéristiques qui différencie le plus nettement notre méthode thérapeutique par l'infinitésimal des méthodes homéopathiques usuelles. Nous n'avons jamais obtenu, en effet, des résultats appréciables par la voie digestive. Nous préconisons la voie intraveineuse exclusive pour l'association sérum humain-réactif infinitésimal et nous nous en tenons à la voie sous-cutanée ou mieux intra-musculaire pour administrer les préparations infinitésimales employées seules ou dans un véhicule endocrinien.

La conduite du traitement varie avec le principe actif utilisé et surtout avec les réactions individuelles. Une règle domine ces traitements : la nécessité de baisser les doses lorsque se manifestent l'indifférence réactionnelle et, *à fortiori,* l'intolérance caractérisée. Dans ce dernier cas l'adjonction d'extraits organiques susceptibles de remédier aux insuffisances viscérales fonctionnelles qui caractérisent la réaction d'intolérance pourra s'imposer.

Si l'on a la précaution d'employer, dès le début du traitement, les doses adaptées aux possibilités réactionnelles les plus basses en les associant au sérum humain ou aux extraits endocriniens concentrés, on évitera d'avoir à modifier la posologie en cours de traitement et l'on s'assurera du même coup un succès plus complet et plus rapide.

La difficulté la plus grande est celle de préciser le moment favorable à l'arrêt du traitement. Nous croyons qu'il doit, dans tous les cas, être prolongé longtemps mais en espaçant les injections pour mieux apprécier la valeur des rémissions obtenues. Les malades facilitent d'ailleurs toujours la tâche du médecin à cet égard interrompant et reprenant d'eux-mêmes la série des injections.

Nous croyons toutefois à la réelle utilité du traitement préventif régulièrement suivi par les périodiques. Nous avons acquis, d'une part, la certitude de son efficacité dans bien des cas et d'autre part, même lorsqu'il est mal suivi, il a encore le mérite énorme d'apporter au malade un secours immédiat dès que s'esquissent les premiers signes de la rechute alors que les conditions biologiques sont encore suffisamment favorables pour enrayer rapidement l'accès qui se prépare.

Le traitement de l'accès lorsque ce dernier surviendra chez un malade aux possibilités réactionnelles faibles présentera, en effet, de beaucoup plus grandes difficultés. Dans les cas favorables le réactif infinitésimal peut, à lui seul, provoquer la rémission ; dans les cas moyennement favorables il sera utile de l'associer aux extraits endocriniens pour lui conférer une efficacité suffisante ; dans les cas plus sérieux il sera nécessaire d'avoir recours à l'injection intra-veineuse de l'association sérum humain-réactif infinitésimal et dans les cas plus graves, à l'utilisation d'un sérum humain préalablement enrichi. Cette dernière préparation occupe, en effet, la première place dans la gamme de sécurité et d'activité médicamenteuse suivie à distance par l'association endocrinienne qui distance elle-même nettement la préparation infinitésimale employée isolément.

Avant de présenter dans le cadre infiniment trop réduit de cette communication quelques observations caractéristiques, nous devons, une fois encore, préciser les indications respectives des préparations préconisées. L'excitation maniaque, avons-nous dit dans notre précédente communication, implique

l'usage du soufre infinitésimal qui est, par excellence, le médicament de ce syndrome. Tout en assignant au soufre cette indication majeure, nous devons reconnaître que son emploi comme traitement curateur et peut-être surtout préventif de l'hébéphréno-catatonie, nous a donné, depuis 1931, de très beaux résultats. Nous disons hébéphréno-catatonie parce que nous n'avons jamais obtenu de résultats marquants dans les formes paranoïdes de la démence précoce. Nous ajouterons, à ce sujet, que la capacité réactionnelle du dément précoce nous a toujours paru particulièrement basse, nécessitant, à nos yeux, l'emploi d'un véhicule sérique particulièrement enrichi. Par contre, nous avons noté avec surprise et intérêt la possibilité d'utiliser chez ces malades, avec un réel succès, de fortes doses de réactif infinitésimal lorsque la rémission était complète.

L'or s'adresse essentiellement aux troubles de la série mélancolique c'est dire qu'il faut comprendre dans les indications de l'or les manifestations dépressives de la psychose intermittente. La substitution de l'or au soufre ou inversement s'impose de façon toute particulière dans le traitement préventif de cette affection lorsque se manifeste le changement d'état affectif.

Nous devons formuler une réserve assez inattendue sur l'emploi de l'or infinitésimal chez les déprimés tuberculeux ou même suspects de tuberculose pulmonaire : dans certains cas l'action de l'or se montre chez eux plus violente et moins active sur la dépression que partout ailleurs.

Les indications de l'arsenic infinitésimal sont moins précises, remarquablement actif dans certains états dépressifs où l'or n'a que des effets superficiels il est, par excellence, le médicament des troubles de la série psychasthénique et de certains états émotionnels.

Observations

I. — Soufre infinitésimal

Mlle H. V..., hérédité psychopathique chargée, 34 ans.

27 février 1935, 4[e] internement pour excitation maniaque périodique avec désordre des actes, loquacité, bavardage, mobilité d'humeur, colère, récriminations perpétuelles.

Reçoit, le 25 mars, deux unités cliniques de psychobiase de soufre en injection sous-cutanée.

Le lendemain est complètement réintégrée.

Son sérum peut être utilisé comme véhicule du soufre infinitésimal pour une malade à capacité réactionnelle plus basse et paraît doué d'excellentes propriétés.

Du 25 mars au 2 mai la malade reçoit en tout dix injections de deux unités de psychobiase de soufre sans incident notable.

Le 2 mai la sortie est autorisée. A noter que la durée habituelle des accès était de quinze à dix-huit mois.

Mme Piq..., 49 ans.

Premier internement en 1930 pour agitation maniaque.

Deuxième internement en 1932, nouvel accès maniaque.

Le 27 mars 1933 sort guérie avec un traitement prophylactique qui comporte l'injection hebdomadaire de cinq unités de psychobiase de soufre.

17 juin 1936, état général et mental excellents, le traitement a été poursuivi sans interruption. A aucun moment ne s'est manifesté le moindre signe de rechute.

Mlle Ad..., 30 ans.

Le 18 octobre 1932 sort de l'Asile où elle a été internée pendant deux ans pour un syndrome psychopathique caractérisé par de la discordance idéo-affective, un état de subexcitation confusionnelle avec gâtisme évoluant par accès de cinq semaines séparés par une période intercalaire dépassant rarement trois semaines.

Guérie par des injections de psychobiase de soufre.

Il lui est alors conseillé un traitement prophylactique : cinq unités de psychobiase de soufre en injection intramusculaire hebdomadaire.

Le 25 juin 1936 Mlle Ad... mène depuis quatre ans une vie sociale normale, elle travaille régulièrement dans une banque comme sténo-dactylographe.

Elle suit toujours ponctuellement son traitement et n'a présenté aucune manifestation pathologique d'aucun ordre.

Mme Géo..., 38 ans.

Alternatives d'accès maniaques et mélancoliques chez une emphysémateuse, nécessitant des internements répétés depuis juillet 1912, d'abord espacés :

A partir de 1923, 1 accès par an. A partir d'août 1934, les accès se rapprochent encore, phases normales de 2 à 3 mois.

Le 14 janvier 1936 : accès dépressif.

Du 19 janvier au 10 février : 1/2 unité de psychobiase d'or intramusculaire, trois fois par semaine.

11 février. Sort guérie.

17 février. Grippe, température 39°5.

27 février. L'épisode grippal étant terminé il est conseillé à Mme Géo un traitement prophylactique, 2 unités de psychobiase d'or par semaine.

4 avril. Imminence de rechute sous forme d'excitation avec irritabilité. Hyperactivité désordonnée. Insomnie. Traítement modifié, 1/16 d'unité de psychobiase de soufre dans 1 cc. de perglandène hépatique 2 fois par semaine.

11 avril. La rechute est complètement jugulée. Réapparition des manifestations emphysémateuses éclipsées pendant l'imminence de rechute. Reprise des occupations.

Le 25 avril continue à bien aller. Même traitement.

20 juillet. L'état mental et l'état général sont très satisfaisants.

Mlle Marguerite Rej..., 29 ans.

Internée à l'âge de 10 ans pour troubles du caractère, instabilité, irritabilité, colères. Aurait présenté quelques rares crises d'épilepsie et des accidents de nature spécifique (chorio-rétinite). Depuis plusieurs années: accès d'agitation violente de type maniaque avec tentative d'évasion. Idées délirantes polymorphes, idées d'empoisonnement, propos incohérents. Accès d'intensité de plus en plus marqués et de durée de plus en plus longue 6 à 7 mois jusqu'à 18 mois.

Le 8 mars 1936, tentative d'évasion, prélude d'un nouvel accès d'agitation.

Le 20 avril, même état d'agitation, idées d'empoisonnement, propos incohérents, refus d'aliments, aucune action des sédatifs habituels : injection de somnifène, de Pantopon, etc... Traitement modifié : 2 cm³ d'huile soufrée. La première injection provoque un crochet fébrile à 39°5, la malade est plus calme. La deuxième injection amène une altération nette de l'état général qui oblige à suspendre le traitement.

Le 28 avril reçoit à partir de ce jour, 2 fois par semaine, par voie intra-musculaire 2/16 d'unités de psychobiase de soufre.

Le 12 mai l'excitation tombe progressivement.

30 mai, malade complètement réintégrée, cet accès est le plus court de beaucoup que la malade ait présenté depuis plusieurs années.

30 juin. Etat mental toujours satisfaisant, activité régulière, même traitement poursuivi dans un but prophylactique.

Mme Marie-Rose, 31 ans.

Aucune hérédité psychopathique.

Le 26 septembre, premier accès d'excitation maniaque ayant débuté brusquement avec désordre des idées et des actes, fausses reconnaissances, chants, cris, déclamations, invectives. Malpropreté, sputation, nécessité de la contention continue. Aucun changement appréciable jusqu'au 21 novembre 1935, date à laquelle est faite la première injection intra-veineuse de 2 cc. *de son propre sérum* dilué au tiers et tenant en suspension 1/16 d'unité clinique de psychobiase de soufre.

Une heure environ après l'injection, recrudescence considérable de l'ensemble du syndrome qu'aucun sédatif ne peut calmer et cela pendant 18 heures environ.

Le 24 novembre 1935 : injection intra-veineuse de 1/16 d'unité clinique de psychobiase de soufre dans 2 cc. de *sérum humain normal* dilué au tiers.

Détente nette dès le lendemain.

Trois nouvelles injections intra-veineuses de cette dernière préparation sont pratiquées jusqu'au 11 décembre 1935.

L'amélioration est nette, progressive mais très incomplète.

Le 11 décembre 1935. Injection de 1/16 d'unité clinique de psychobiase de soufre dans 2 cc. de *sérum humain enrichi* et dilué comme à l'ordinaire.

Dès le 12 l'agitation tombe complètement. L'injection est renouvelée le 18. Le 21 la rémission est obtenue. Le traitement est arrêté.

La malade, sortie le 6 janvier 1936, a été mise au traitement prophylactique et n'a présenté jusqu'alors aucun signe de rechute.

Son sérum a acquis des propriétés protectrices nettes mais peu importantes et variables ce qui nous autorise à faire toutes réserves pour l'avenir.

Mlle Carmen, 27 ans.

Démence précoce hébéphréno-catatonique traitée à l'Asile de Maison Blanche dans le service de M. Demay par des injections de sérum humain.

Sortie très améliorée.

Depuis le 24 juin 1934 suit un traitement prophylactique : 5 unités de psychobiase de soufre par semaine par la voie souscutanée.

Septembre 1934. L'amélioration s'est accentuée depuis sa sortie de l'Asile. Mlle C... peut être considérée comme guérie désormais.

Mars 1935. Gestation de 4 mois bien supportée. Continue le traitement régulièrement.

Juillet 1935. Accouchement normal. Etat mental toujours très satisfaisant.

Février 1936. Allaitement poursuivi sans incident. Le traitement est continué aux mêmes doses et sur le même rythme.

Juillet 1936. Continue à mener une vie sociale normale sans le moindre incident.

II. — Or infinitésimal

Mme J. B..., 34 ans.

Inquiétude, insomnies, indécision, dépression physique, céphalées, crises de larmes, désintérêt, découragement.

Une crise semblable, mais plus grave il y a quinze ans.

Série de trente injections de psychobiase d'or pure.

A raison d'une demie unité clinique trois fois par semaine.

Dès la première injection apparition de douleurs articulaires sans tuméfaction des articles. Plaques d'urticaire.

Dès la 10e injection, disparition brusque et complète du syndrome dépressif.

(Observation obligeamment communiquée par M. le Docteur Joaki, de Paris).

Mme Gen..., 27 ans.

Etat dépressif post-puerpéral, semi-mutisme ; sentiment d'incurabilité, idées de suicide, inactivité complète.

Etat général médiocre. Insomnies. Pas de retour de couches.

19 avril 1935. Traitée par des injections intra-veineuses de 1/2 unité de psychobiase d'or dans du sérum humain, 2 fois par semaine.

26 avril, meilleur état général.

13 mai, apparition des règles, bien supportées, sommeil plus régulier.

20 mai, l'état mental s'améliore progressivement, la malade commence à s'occuper, n'extériorise plus d'idées de suicide, s'exprime sans ralentissement.

1er juin 1935. Après dix piqûres : guérison.

Mme Em..., 52 ans.

8 mai 1936. Depuis un mois, lassitude, fatigabilité, incapable d'effort, « idées noires », angoisses, inquiétudes. Soubresauts musculaires, sensation de « nerfs tendus », émotivité extrême. Ménopause il y a cinq ans.

Reçoit une unité de psychobiase d'or pure trois fois par semaine.

Dès le 4 juin l'amélioration est nette et se confirmera jusqu'à la guérison maintenant obtenue.

L'émotivité s'est elle-même estompée de façon notable.

Mme Gle..., 38 ans.

Internée en 1932 pour accès dépressif d'une durée d'un an.

Le 14 mars 1936, nouvel internement pour un accès dépressif ayant débuté en novembre 1935.

Découragement, subanxiété, idées de suicide sans velléités. Crises de pleurs fréquentes. Bouffées de chaleur (hystérectomie totale en 1927), amaigrissement. Vomissements bilieux presque quotidiens.

Reçoit alors une unité clinique de psychobiase d'or dans un centimètre cube de perglandène hépatique deux fois par semaine.

Le 21 mars, disparition des céphalées, sensation de fatigue douloureuse dans les membres, même état de subanxiété.

Le 30 mars, sommeil plus régulier, expression calme, détendue, beaucoup moins déprimée.

Le 14 avril, un certain degré de fatigabilité persiste seul encore.

Le 27 avril reprise d'une activité régulière et institution d'un traitement préventif.

Mme Mul..., 52 ans.

22 janvier 1935, apparition d'une glossite avec sensation de brûlure intense de la langue et sensibilité particulière aux acides.

Rapidement éclate un état d'angoisse avec troubles intermittents au début. Puis s'installe en six mois un état dépressif avec anxiété et cancérophobie nécessitant l'hospitalisation.

22 janvier 1936, état dépressif très marqué, persistance de la glossite avec aphtes et douleurs irradiant vers les régions temporales et occipitales. Apyrexie.

29 janvier 1936. Reçoit par voie intraveineuse 1/32 d'unité de psychobiase d'or dans un centicube de sérum humain normal.

Les 1er et 5 février, 1/16 d'unité dans un centicube de sérum.

Le 6 février, beaucoup moins déprimée. Trois nouvelles injections sont faites jusqu'au 20, date à laquelle l'amélioration est évidente : on note une certaine euphorie et la reprise de quelque activité.

Le 1er mars la sortie peut être autorisée, la malade est mise au traitement prophylactique suivant : 2 injections hebdomadaires de 1/16 d'unité clinique de psychobiase d'or dans un centicube de perglandène hépatique.

Le 25 mars disparition complète, non seulement de l'état dépressif mais de la glossite.

Le 30 juin, états général et mental très satisfaisants.

III. — Arsenic infinitésimal

Mme Louise F..., 51 ans.

Le 12 mars 1936, mélancolie anxieuse avec préoccupations hypocondriaques, elle sent mauvais. Sentiment d'incurabilité. Onirisme. Léger degré de fabulation. Impulsions homicides suivies de tentatives de suicide. Début progressif depuis 1930.

Apyrexie habituelle. Azotémie 0 gr. 29. Absence d'antécédents éthyliques. Réactions sérologiques de syphilis négative.

Aucun changement jusqu'au 28 avril où est institué un traitement comportant deux injections hebdomadaires de 1/16 d'unité de psychobiase d'or dans un centimètre cube de perglandène hépatique.

Diminution légère et très progressive des éléments oniriques, de la fabulation et de l'inhibition, retour d'une certaine activité.

Dans l'ensemble, amélioration discrète et très insuffisante jusqu'au 28 mai. A cette date, l'or est remplacé par 1/16 d'unité clinique de psychobiase d'arsenic.

18 juin. Après 4 injections, changement considérable. La malade n'est plus anxieuse, s'occupe, s'intéresse, critique ses troubles mais persistance d'un certain degré d'émotivité qui ira en s'atténuant jusqu'à la sortie qui peut être autorisée au début de juillet.

Mme Lucie R...

Depuis quatre ans état permanent d'asthénie avec impression de vide dans la tête, aboulie, inactivité complète.

Sur ce fonds, éclosion de paroxysmes : angoisses, vertiges, palpitations, frayeurs. Ces paroxysmes éclatent à tout bout de champ mais particulièrement lorsqu'elle doit traverser la chaussée ou prendre l'autobus.

Depuis deux ans s'est ajouté un nouvel élément obsessionnel qui l'oblige à se frotter contre les murs et qui, plus que tout le reste, lui rend la vie insupportable.

Le 27 janvier, première injection sous-cutanée de 1/32 d'unité de psychobiase d'arsenic dans un cc. de perglandène hépatique.

Le 29, la malade se présente à nous en exhibant triomphalement un billet d'autobus oblitéré. Elle a pu emprunter, sans crainte, ce moyen de locomotion, elle ne s'est pas une seule fois, en deux jours, frottée contre les murs. Mais les frayeurs nocturnes et les angoisses au moment de la traversée des passages cloutés persistent « cependant, nous dit-elle, je sens que çà lutte ».

Jusqu'au 8 mars, la malade a reçu deux injections par semaine. Les frayeurs nocturnes, les angoisses devant les passages cloutés ont entièrement disparu.

A l'heure actuelle le traitement est encore poursuivi mais sur le rythme d'une seule injection par semaine.

M. F..., 37 ans, voyageur de commerce, est pris de déséquilibre subit avec tremblements, éreutose, palpitations, bégaiement, chaque fois que le client qu'il visite lui pose la fatale question : « Mais quels sont vos prix ». L'effet produit sur le client est tel que M. F. envisage d'abandonner sa situation.

L'effet du traitement (1/32 d'unité de psychobiase d'arsenic dans 1 cc. de perglandène hépatique deux fois par semaine) fut net et rapide. Dès la première semaine M. F. nous signalait qu'il ne rougissait plus, ne tremblait plus, mais que persistait une certaine appréhension, cette dernière est elle-même à peu près disparue après deux mois de traitement.

Mme Tao..., 23 ans, présente depuis l'âge de 16 ans un état d'asthénie avec tout un cortège de frayeurs, d'angoisses, de constrictions cervico-thoraciques. Sur ce fond permanent éclosent de temps à autre des impulsions dromomanes. Elle quitte alors son logis pour circuler sans but pendant plusieurs heures dans les rues de Paris. Promenades parfaitement conscientes mais également inutiles consenties pour satisfaire au besoin impérieux qui les impose.

Mise le 17 décembre 1935 aux injections bi-hebdomadaires de 1/32 de psychobiase d'arsenic dans 1 cc. de perglandène hépatique, Mme Tao... n'a plus jamais présenté ces manifestations. De temps à autre seulement surviennent des bourdonnements d'oreille sur lesquels le traitement paraît dépourvu d'action.

Mme Th..., 29 ans.

Mme Th... refuse depuis deux ans tout rapport sexuel avec son mari par crainte des maladies vénériennes. Cette préoccupation est telle qu'elle l'oblige à aller consulter deux fois par semaine un spécialiste et à prendre plusieurs fois par jour des soins de propreté avec application de pommades prophylactiques.

Trois semaines après le début du traitement commencé le 7 mars 1936 comprenant : une injection bi-hebdomadaire de 1/32 d'unité de psychobiase d'arsenic dans 1 cc. de perglandène hépatique, la malade est venue nous annoncer que ces préoccupations étaient, en grande partie disparues. Que cette atténuation était telle qu'elle avait pu reprendre des rapports sexuels normaux avec son mari.

Le traitement ne comporte plus aujourd'hui qu'une injection par semaine qui paraît largement suffisante pour l'entretien de cette rémission.

Ces trop courtes notes cliniques et thérapeutiques paraîtraient sans doute insuffisantes pour illustrer les quelques données que nous nous sommes efforcés d'exposer avec concision et clarté si nous n'ajoutions que leur authenticité repose sur une documentation riche de plusieurs centaines d'observations (trois cents environ).

Nous nous sommes abstenus de retenir des observations absolument semblables dans l'espoir de donner une vue d'ensemble plus nuancée des ressources respectives des préparations infinitésimales dans les domaines que nous leur avons assignés.

Nous sommes sans doute assez éloignés d'avoir fait le tour des possibilités thérapeutiques qui découlent des notions énoncées et déjà ces possibilités nous paraissent devoir s'étendre à certaines formes de psychose hallucinatoire et de manifestations convulsives.

L'opération des tumeurs intrasellaires par la voie transethmoïdale de Chiari

par M. le Prof. Dr F. R. Nager (de Zurich)

Aujourd'hui où la neuro-chirurgie célèbre de véritables triomphes, il peut paraître téméraire qu'un rhinologue vienne prendre la parole dans votre société pour vous rappeler une méthode connue depuis longtemps et qui semble être actuellement abandonnée. J'estime cependant qu'à côté des grands procédés actuels, il en existe de petits, qui aujourd'hui encore ont le droit d'être cités et possèdent même leur indication.

Tout d'abord, je tiens à préciser que l'emploi du procédé dont je vais vous parler n'entre en ligne de compte que pour les néoformations à développement *intrasellaire*. Vous tous, qui connaissez mieux que moi la pathologie des tumeurs hypophysaires, savez combien il est parfois difficile de savoir si l'élargissement de la selle, décelé à la radiographie, est dû à une tumeur, à un kyste ou à une hydrocéphalie interne. A côté des tumeurs avec les tableaux cliniques d'acromégalie, du syndrome de Fröhlich, Symends, Cushing, etc., vous avez observé des cas où l'on assiste à une progression lente d'un état morbide, aboutissant à un élargissement de la selle sans que les examens cliniques permettent de tirer des conclusions sur la nature de ce processus.

Si, au surplus, vous considérez que dans beaucoup de cas cet élargissement de la selle représente à côté des troubles de vision le symptôme essentiel et qu'il se fait dans la direction et aux dépens du sinus sphénoïdal, vous comprendrez les raisons qui ont conduit les rhinologues à s'occuper de ces tumeurs, qui sont en fait de votre domaine.

Grâce aux travaux et aux résultats opératoires si remarquables de Cushing et de tous ses élèves en Europe, les méthodes transfrontales pour le traitement des tumeurs de l'hypophyse se placent au premier plan. Mais pour ce qui concerne le traitement des affections, dont le développement semble

demeurer intrasellaire, le choix de procédés moins longs, moins dangereux et plus simples est légitime, surtout dans les centres dépourvus de service de neurochirurgie spéciale. Parmi les méthodes transfaciales, deux peuvent encore être envisagées aujourd'hui : le procédé transseptal de Hirsch et celui de Chiari (1911), où la mise à jour de l'hypophyse se fait par la voie transethmoïdale et transsphénoïdale. L'accès à la région hypophysaire est d'autant plus facile que le champ opératoire ressemble à un entonnoir court, à ouverture externe large. En éloignant l'ethmoïde, déplaçant doucement le globe et ouvrant largement le sinus sphénoïdal, on tombe sur la paroi postérieure de cette cavité, qui souvent montre une voussure très marquée. Après la résection de cette fine lame osseuse, la dure-mère de l'hypophyse se présente très nettement — voilà la méthode de Chiari. Une ponction exploratrice permettra de constater s'il s'agit d'une tumeur, d'un kyste ou d'une hydrocéphalie interne. Selon le résultat, on ouvre la dure-mère et l'on observe fréquemment un écoulement des masses semiliquides de la tumeur. Le reste sera enlevé par succion ou curetage soigneux. Une insufflation de iodoforme dans la région sellaire, un léger tamponnement de gaze antiseptique, imbibée d'huile goménolée et la suture de la plaie externe termineront l'opération. Il est évident que l'opérateur doit avoir l'habitude de travailler avec le miroir frontal.

Depuis 1917, nous avons opéré 30 malades, dont 20 hommes et 10 femmes. Dans 27 cas il s'agissait en effet d'une tumeur hypophysaire, tandis que 3 malades souffraient non de tumeur, mais bien d'une hydrocéphalie interne. En 1925, nous avons trois fois suivi la voie transpalatinale de Tiefental-Preysing, qui du reste nous a donné des résultats satisfaisants. Tous les autres malades ont été opérés selon la méthode de Chiari. Chez deux d'entre eux, l'opération a dû être répétée deux fois, ce qui fait en tout 28 opérations chez 24 malades affectés de tumeurs hypophysaires. Tous ces malades ont bien supporté l'opération même, un seul est mort 10 jours après l'intervention, d'une pneumonie. Par contre, les suites post-opératoires furent beaucoup moins bonnes chez les 3 cas d'hydrocéphalie interne, dont deux ont succombé après une simple ponction de la dure-mère en suite de méningite dans les dix jours après l'opération. J'ajoute que le résultat des biopsies nous a démontré qu'il s'agissait d'adénomes simples dans

14 cas, d'adénomes atypiques dans 10 cas, deux fois de neurogliomes et une fois d'un adénosarcome, une autre fois d'un kyste avec des traces de psammome, toujours d'après les rapports de notre Institut pathologique universitaire.

Sans nous étendre sur leur étude clinique, nous remarquerons seulement que la plupart de nos cas nous ont été adressés par les oculistes ou par les médecins internes avec le diagnostic de tumeurs hypophysaires.

Mortalité : 9 de nos 24 malades sont morts entre deux mois et dix ans après l'intervention. Comme l'autopsie n'a pas eu lieu dans tous ces cas, nous ignorons la cause de la mort, probablement que dans la majorité il s'agissait de récidives, c'est-à-dire de tumeurs suprasellaires qui, malgré l'intervention et le traitement aux rayons X post-opératoires, ont continué à s'étendre et donné lieu à une apoplexie intratumorale ou à une cachexie. De 13 opérés, nous croyons savoir qu'ils ont repris leur travail d'autrefois. Une amélioration de la vision a été constatée dans 17 cas ; elle ne fut que passagère chez le malade avec un psammome kystique, de sorte que nous fûmes forcés de refaire deux fois encore l'opération de Chiari et ensuite des ponctions intrasellaires répétées du kyste à travers le tissu cicatriciel de la région hypophysaire. Chaque fois nous avons pu retirer 20-30 cm^3 de liquide, dont l'évacuation a toujours été suivie d'une amélioration, souvent instantanée. Alors que dans trois cas cette ponction a plusieurs fois très bien réussi, entre autres dans un cas d'hydrocéphalie interne, nous aimerions signaler l'avantage de ce procédé, qui rend possible cette ponction à travers la membrane cicatricielle.

En résumé : Parmi les méthodes opératoires des tumeurs hypophysaires, on est encore en droit aujourd'hui d'accorder une place au procédé transethmoïdal-sphénoïdal de Chiari pour les tumeurs intrasellaires, qui se développent vers le bas et dans la direction du sinus sphénoïdal, cela surtout dans les contrées sans service spécial de neurochirurgie. L'emploi de ce procédé trouve également son indication dans les affections qui, sans en présenter le tableau clinique typique, rappellent cependant celui de la tumeur hypophysaire et justifient une opération. Cette méthode permet de pratiquer sans danger une mise à jour de la tumeur, une trépanation décompressive, une extirpation partielle. Celle-ci permettra d'une part de décomprimer le chiasma par le bas et d'autre part d'obtenir

des renseignements sur la nature de la tumeur. Pour les tumeurs kystiques, ce procédé est également à conseiller. Par contre, dans les cas d'hydrocéphalie interne, il faut prendre certaines précautions, car l'expérience semble nous montrer qu'il existe un certain danger d'infection du ventricule pour des raisons faciles à comprendre. Un autre avantage de cette méthode réside dans le fait que dans les cas de tumeurs kystiques, trop grosses pour être extirpées en totalité, il reste la possibilité de renouveler plus tard les ponctions.

(*Travail de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique de l'Université de Zurich*).

Discussion

M. le Prof. Minkowski (de Zurich). — Je tiens à confirmer d'une manière générale les résultats favorables obtenus par la méthode paranasale et transsphénoïdale d'opération des tumeurs de l'hypophyse, dont vient de nous entretenir M. Nager. La plupart des cas opérés par lui a passé par la Policlinique des Maladies Nerveuses, où ils ont été examinés avant l'opération, et où ils sont revenus après. Nous avons donc pu suivre leur évolution et nous convaincre qu'en général les malades supportent bien l'opération et que, à sa suite, ils sont souvent plus ou moins délivrés de leurs troubles, quitte à être atteints d'une récidive de la tumeur après une période plus ou moins longue, mais comportant parfois tout un nombre d'années. Toutefois, il y a lieu de retenir qu'une partie seulement des tumeurs de l'hypophyse se prête à cette méthode d'opération. Il faut d'abord, comme le disait justement M. Nager, qu'il s'agisse de tumeurs intrasellaires, le plus souvent d'adénomes. Il faut aussi, comme j'ajouterai, que la selle soit déjà passablement dilatée pour offrir, par la voie transsphénoïdale, un accès quelque peu suffisant. C'est dire que les tumeurs extrasellaires, en particulier les cranio-pharyngiomes (ou tumeurs d'Erdheim), ne se prêtent pas à cette méthode d'opération. Ne s'y prêtent pas non plus les gliomes, d'ailleurs rares, qui émanent de la partie postérieure de l'hypophyse, et qui ont la tendance de pousser d'une manière plus ou moins diffuse vers le 3e ventricule et les formations environnantes du diencéphale.

Nouvelle thérapie du trijumeau (électrocoagulation du ganglion d'après Kirschner)

par M. Alex. Dimtza (de Zurich)

Si je me permets de vous dire quelques mots sur une nouvelle thérapie du trijumeau c'est parce qu'elle est encore peu connue et parce que les résultats obtenus jusqu'à présent sont bons.

La thérapie radicale de la névralgie grave du trijumeau connaît jusqu'ici deux méthodes : l'injection à l'alcool et l'opération. Si je dis *Opération,* — vous me permettrez de préciser, — je n'entends plus l'extirpation du ganglion, méthode presqu'entièrement abandonnée, mais la séparation de la racine sensitive par la voie temporale (Frazier et Spiller) ou la voie occipitale indiquée par Dandy. Nous connaissons les bons résultats avec une mortalité opératoire extrêmement petite, obtenus en Amérique, résultats confirmés en Europe par de Martel, Leriche, Olivecrona et d'autres. La séparation de la racine sensitive a surtout le grand avantage de conserver la plus grande partie de la sensibilité et de ménager la racine motrice. L'injection à l'alcool, tout en ayant l'avantage de ne pas être une opération, est toujours une manipulation difficile à exécuter. A moins de disposer d'un si grand nombre de malades et de l'expérience de Härtel ou de Horrax, élève de Cushing, qui ont déjà publié des centaines de cas injectés, les résultats ne seront pas satisfaisants dans des mains moins expertes. L'injection à l'alcool a toujours ses dangers. D'après les statistiques nous connaissons entre autre la formation d'adhésions autour du ganglion, ce qui est surtout un grand désavantage si jamais une opération par voie temporale était nécessaire plus tard, et la paralysie de différents nerfs pour avoir mal dirigé l'injection. Comme suite

désagréable on connaît la perte de la sensibilité de la partie atteinte, comme après l'extirpation du ganglion.

La nouvelle méthode, l'électrocoagulation du ganglion, d'après Kirschner, elle aussi, a l'avantage de ne pas être une opération. Elle a pour but de ponctionner le ganglion comme à l'injection et de le coaguler en partie.

L'invention remarquable de Kirschner est d'avoir construit un appareil qui nous permet d'atteindre le ganglion avec une sécurité absolue. L'appareil s'attache à la tête du malade et se fixe aux conduits auditifs et à la racine du nez. Après avoir mesuré certaines distances comme entre les os maxillaires supérieurs et entre les conduits externes, l'appareil s'adapte suivant les mesures individuelles de chaque malade. A l'aide d'un barème on trouve la situation exacte du trou ovale. L'appareil ajusté au malade indique alors exactement la direction à l'aiguille qui atteindra le ganglion par un seul mouvement. Sous le contrôle d'un ampèremètre on effectue l'électro-coagulation sans dépasser 350 milliampères. L'avantage de cette procédure est, à côté de la disparition immédiate des douleurs, je le répète, la sécurité absolue d'atteindre le ganglion par le trou ovale. Un danger n'existe pas d'après les expériences faites. Le désavantage est la perte de la sensibilité comme avec l'injection à l'alcool.

Kirschner a indiqué cette méthode en 1931. Il a perfectionné l'appareil depuis et a communiqué dernièrement des résultats excellents.

La thérapie idéale du trijumeau au point de vue anatomique est, à mon avis, la séparation totale ou partielle de la racine sensitive, c'est-à-dire l'opération. Si j'ai employé personnellement depuis 1936 l'appareil de Kirschner dans 7 cas de névralgie grave, c'est parce que la méthode est simple, sûre et sans danger, ce qu'on ne peut pas dire toujours d'une trépanation.

J'ai toujours atteint le ganglion facilement grâce à cet appareil, les malades ont immédiatement perdu leurs attaques.

Des résultats de longue durée n'existent pas encore, vu la jeunesse de la méthode, mais elle me semble assez intéressante pour que l'on s'en occupe.

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE MÉDECINE LÉGALE

Un cas de parkinsonisme traumatique

par M. G. de Morsier (de Genève)

Il y a peu d'années, la relation entre un traumatisme cranien et un syndrome parkinsonien n'était pas admise par les neurologistes. En 1932, en collaboration avec Naville, nous avons rassemblé 32 cas de parkinsonisme consécutifs à un traumatisme cranien, épars dans la littérature, et ajouté un nouveau cas. Depuis, nous avons eu la satisfaction de voir que l'existence des syndromes parkinsoniens post-traumatiques, qui était auparavant mise en doute par un grand nombre de neurologistes, est maintenant admise par la presque totalité des auteurs. A notre connaissance, 18 nouveaux cas ont été publiés depuis 1932 : ceux de Melinghoff, Gross, Günther, Grünbaum, Baumann, Seckbach, en Allemagne, Roger Poursine et Audier, Conreur, en France, Bianchi en Italie, Subirana en Catalogne, Peremy en Hongrie, Minovici, Paulian et Stanesco en Roumanie, Brutsch et Murray, Kulkov, Grimberg, Dimitri et Cia en Amérique. A cette liste, il convient d'ajouter les 28 cas rassemblés par Heyde (Wurzbourg) dans lesquels des syndromes extrapyramidaux parkinsoniformes ont apparu, souvent transitoirement, à la suite de commotions cérébrales. Ces phénomènes ne sont donc pas aussi rares qu'on le pensait il y a peu d'années encore.

Nous avons observé dernièrement à Genève un nouveau cas, dont voici l'observation.

Désiré C., âgé de 52 ans, charpentier, est victime d'un accident le 9 juillet 1933. Il tombe d'un toit d'une hauteur de

2 m. 50. Contusion de la région frontale droite. Etourdissement pendant un instant au moment du choc. Courte perte de connaissance pendant son transport à l'hôpital. Il existe également une fracture de la première vertèbre lombaire avec hématurie passagère.

Dans les jours qui suivent son entrée à l'Hôpital, il se plaint de *douleurs* au niveau des vertèbres lombaires, de raideur de la colonne avec limitation des mouvements du tronc et faiblesse dans les extrémités inférieures. Il présente en outre un *tremblement* des mains à grandes oscillations, qui s'accentue par l'effort et qui le gêne beaucoup pour manger.

Je l'examine pour la première fois le 17 octobre 1933 avec le Dr Andrae. Je constate une *raideur douloureuse* de la colonne, un *tremblement très accentué* des mains et de la tête, des réflexes tendineux exagérés. Il existe en outre les signes habituels des états post-commotionnels : céphalées, vertiges, troubles de la mémoire et du caractère.

Le 13 décembre 1933 un examen mentionne un tremblement du menton et de la tête. Le 8 janvier 1934, le même médecin constate que la raideur du dos a augmenté.

A Baden, où C. va faire une cure, on note, le 17 janvier 1934 : tremblement des mains après l'effort, raideur de la colonne vertébrale, douleur à la pression des vertèbres, raideur de la nuque et des épaules. Le tremblement des mains et de la tête n'est pas constant.

Le 16 avril, le Dr Andrae note que le tronc est raide, qu'il existe une attitude figée et un tremblement parkinsonien accusé de la tête et des mains.

Le 8 août 1934, on constate une hypertonie des membres inférieurs.

Le 5 mars 1935, en examinant le blessé, nous sommes frappés par 3 ordres de symptômes :

1) Tout d'abord, il existe un certain degré de *raideur* musculaire douloureuse généralisée, prédominant aux membres inférieurs et du côté gauche. Les mouvements passifs montrent une *hypertonie* nette sans phénomène de la roue dentée, plus accentuée aux membres inférieurs. Les mouvements actifs du tronc et des jambes sont très limités à cause de cette raideur. Le blessé ne peut pas se pencher en avant à cause de la raideur douloureuse de sa colonne, en particulier de la région lombaire. Les exercices de flexion des jambes ne sont

pas possibles. Du côté gauche, qui est le plus faible et le plus raide, on constate une *extension nette du gros orteil,* par excitation latérale (signe de Babinski).

2) Il existe également une *lenteur* de tous les mouvements qui est visible lorsqu'on lui commande des mouvements actifs. Il prend un temps beaucoup plus considérable pour n'importe quelle action, en particulier pour la marche. La raideur et la lenteur s'accompagnent d'une fatigue considérable au moindre effort.

3) Il existe, en outre, un *tremblement* à grandes oscillations prédominant au tronc et à la tête. On le constate au niveau des muscles de la nuque, des muscles faciaux et de la langue. Il existe également au niveau des membres supérieurs, des épaules, des bras et des mains. Il a tous les caractères des mouvements involontaires extrapyramidaux de type parkinsonien. Il est très variable d'intensité, suivant les moments ou l'état du sujet. Il est augmenté par les efforts et par l'attention. Ce tremblement a d'ailleurs diminué, il était plus intense pendant les premiers mois qui ont suivi le traumatisme. Par contre, la raideur et la lenteur n'ont pas régressé.

Nous concluons donc que C. est atteint d'un syndrome moteur extra-pyramidal avec hypertonie et tremblement, de type parkinsonien, consécutif *au traumatisme encéphalo-médullaire du 9 juillet 1933.* Nous sommes en présence ici d'un de ces cas rares de parkinsonisme post-traumatique dont on connaît maintenant plusieurs cas.

Si C. est actuellement incapable de tout travail, c'est à cause de l'état parkinsonien et non à cause de la lésion cicatrisée de la première vertèbre lombaire, qui, jusqu'à présent, a seule retenu l'attention des médecins et des experts de la Caisse Nationale. Quel que soit l'état de cette vertèbre, qui a été examinée dans tous les détails par plusieurs spécialistes, ce n'est pas lui qui peut expliquer les symptômes neurologiques présentés par le blessé.

L'incapacité de travail actuelle, en suite de l'accident du 9 juillet 1933, est totale. Il n'est pas exclu qu'une certaine amélioration puisse se produire, car on connaît des cas de Parkinson traumatique qui ont régressé au bout d'un certain temps. Il faut noter que le tremblement de C. a notablement diminué. Cependant, il faut s'attendre à un degré important d'invalidité définitive.

C. était parfaitement bien avant l'accident, il était très ro-

buste et faisait sans difficulté les plus gros travaux. La spondylose chronique ne joue en réalité aucun rôle dans son état actuel. Elle est banale pour un homme de son âge et ne peut entraîner par elle-même, chez lui, aucune incapacité de travail. C. souffre presque uniquement de lésions nerveuses consécutives à son accident et pour une petite part de la lésion traumatique de la première vertèbre lombaire.

En mai 1936, nous revoyons C. Son état s'est nettement aggravé. Il présente maintenant un syndrome parkinsonien grossier avec faciès figé, raideur généralisée et douloureuse et tremblement de type extrapyramidal du menton et des membres. Il souffre d'insomnies et de transpirations abondantes. Il marche avec difficulté. Trois ans après le traumatisme, il n'est pas douteux que l'incapacité de travail soit totale et définitive.

Il est difficile de nier dans ce cas le rapport entre le traumatisme cérébral et l'apparition du syndrome parkinsonien. En effet, cet homme était très bien portant et robuste avant l'accident. Il n'y a aucune trace d'encéphalite dans son histoire. Le tremblement des mains a apparu dans les jours qui ont suivi le traumatisme. Trois mois après la commotion, lorsque je l'ai examiné pour la première fois, la raideur et les tremblements étaient déjà très caractéristiques. Trois ans après, les symptômes sont toujours les mêmes, mais plus prononcés. Enfin, le syndrome parkinsonien s'est développé au milieu des symptômes habituels aux états post-commotionnels, céphalées, vertiges, troubles de la mémoire et du caractère, fatigue.

BIBLIOGRAPHIES

Baumann. — *Munch. Med. W.*, 1934, I, 936.
Bianchi. — *Riv. sp. Fren*, 55, 513.
Bruetsch et Murray. — *J. nerv. Dis.*, 1935, 531.
Conreur. — *Ann. Med. Psch.*, 1935, II, 328.
Dimitri et Cia. — *Archivos Med. Leg.*, 1935.
Grinberg. — *J. nerv. Dis.*, 1934, 14.
Gross. — *Z. Bahnärtzte*, 27, 184, 1932.
Grunbaum. — *Diss. Erlangen*, 1933.
Gunther. — *Med. Klin.*, 1934, I, 132.
Heyde. — *Arch. Psych.*, 97, 600, 1932.
Kulkov. — *J. nerv. Dis.*, 75, 361, 1932.
Mellinghoff. — *Diss. Freiburg.* in B., 1932.

Minovici, Paulian et Stanesco. — *Ann. Med. Leg.*, 12, 426, 1933.
Peremy. — *Klin. Woch.*, 1934, I, 449.
Roger, Poursine et Audier. — *Rev. O. N. O.*, 1934.
Seckbach. — *Monat. Psych.*, 86, 37, 1933.
Subirana. — *Rev. Catal. Psiqu.*, 1936, 76.

Discussion

M. O. Crouzon (de Paris) approuve les conclusions de M. de Morsier, qui sont analogues à celles qu'il a formulées autrefois au sujet de l'imputabilité du syndrome de Parkinson à un traumatisme. La notion du parkinsonisme traumatique, qui paraissait discutable lors de ses premiers travaux, paraît maintenant généralement admise. Si M. Barré admet la possibilité d'un parkinsonisme post-traumatique précoce, en étayant cette hypothèse sur des constatations anatomiques, M. Crouzon estime que si l'on apporte des documents anatomiques précis, la notion étiologique restreinte qu'il avait soutenue autrefois pourra être élargie.

M. Hamel (de Nancy). — Dans une longue pratique comme expert au Tribunal des pensions, j'ai relevé trois cas de parkinsonisme post-traumatique, c'est-à-dire un nombre très restreint.

Dans les trois cas, il faut retenir : l'absence certaine d'encéphalite épidémique ; la gravité du traumatisme : commotion cérébrale par explosion d'obus, perte de connaissance prolongée ; évolution à partir du traumatisme d'un état neurologique post-commotionnel grave, donnant lieu à une invalidité importante ; enfin, développement insensible d'un syndrome parkinsonien, d'abord fruste, puis typique, et, pourrait-on dire, complet. Je me propose d'apporter ces histoires cliniques à la Société de médecine légale.

M. le Prof. J.-A. Barré (de Strasbourg). — Le fait rapporté par M. de Morsier a un grand intérêt clinique et médico-légal ; et puisque notre Collègue nous fait part des scrupules qu'il a eus avant d'admettre une origine traumatique au syndrome parkinsonien de son sujet, je rappellerai ici l'histoire du malade Bach.... que j'ai observé autrefois à Bicêtre et que Charcot avait souvent présenté à ses leçons. Alors qu'il avait

25 ans environ, B., qui était maçon, fit, en pleine santé, une chute d'un échafaudage, eut l'extrême émotion que l'on peut penser, se crut mort, mais... tomba dans une cuve d'eau qui amortit le choc. Il se releva, séance tenante, n'ayant aucune obnubilation, aucune blessure, mais... parkinsonien, et demeura raidi et tremblant le reste de sa vie.

L'émotion et la chute ont eu ici un rôle qu'on peut dire évident. J'ai eu les pièces de ce sujet entre les mains en 1914. Les coupes macroscopiques montraient un fort piqueté noir dans les noyaux gris centraux — chaque point étant dû à un vaisseau ectasié. La guerre m'empêcha de poursuivre l'examen microscopique de ces lésions. Des cas comme celui de B. nous portent à souscrire complètement aux idées exprimées par notre Président, M. O. Crouzon, dans son article classique de la *Presse Médicale* sur le Parkinson traumatique et à admettre qu'une émotion forte, un traumatisme cranien peuvent créer de toute pièce chez un sujet sain un syndrome parkinsonien d'origine traumatique ou même émotive.

M. H. Brünnschweiler (de Lausanne). — J'ai eu l'occasion de constater un syndrome parkinsonien survenu très peu de temps après un accident de chemin de fer. Ce syndrome disparut au cours de quelques mois, mais réapparut après environ trois années et est définitivement installé depuis.

M. le Prof. B. Pommé (du Val-de-Grâce). — Je m'associe aux conclusions précédentes. J'ai eu l'occasion de présenter deux observations de parkinsonisme post-traumatique à la Société de Neurologie de Paris en 1931 : elles concernaient deux anciens traumatisés craniens de guerre. Les cas publiés à cette époque en langue française ont été rassemblés dans la thèse de mon élève Deguise (*Thèse de Lyon*, 1932). Mais ce syndrome ne me paraît pas d'observation fréquente : en sept ans où il m'a été donné de procéder à de nombreuses expertises d'anciens et récents traumatisés craniens, je n'ai eu l'occasion d'observer que ces deux cas, plus un cas récent non encore publié. On ne doit, à mon avis, affirmer ce diagnostic que lorsque les conditions données par M. Crouzon dans ses divers travaux ont été réalisées. En général, dans le parkinsonisme post-traumatique, de sérieuses réserves doivent être faites quant au pronostic.

M. le Dr Aschner (de Vienne). — Nous avons entendu que les symptômes du parkinsonisme post-traumatique ont beaucoup *d'analogie* avec ceux de la *commotion du cerveau.* Choc, hyperémie, hémorragie du cerveau. Autrefois on appliquait avec succès en cas de commotion cérébrale la *saignée* et les *sangsues,* comme je l'ai aussi pratiqué souvent avec bon effet pendant la guerre. Je me permets alors comme conclusion thérapeutique la suggestion d'employer aussi surtout dans des cas récents de parkinsonisme post-traumatique la saignée et les sangsues si efficaces contre les conséquences de l'hémorragie et de l'hyperémie du cerveau.

Amnésie Antéro et Rétrograde post-traumatique

par M. le Prof. Mazhar-Osman UZMAN et Hami DILEK (Istanbul)

Les quelques observations que nous présentons se rapportent à des cas d'amnésie rétro et antéro-grade. Cas très souvent rencontrés dans la littérature médicale.

Dans nos observations, c'est la durée de l'amnésie antérograde qui est frappante, et quoique les malades présentent de l'excitation ou de la dépression, l'impression est qu'ils sont lucides, qu'une fois complètement guéris nous comprenons qu'ils sont affectés d'une complète amnésie.

Ces cas, qui ont généralement paru être causés par des tamponnements, des chutes graves, des blessures de guerre, sont intéressants non seulement comme curiosité scientifique, mais aussi au point de vue médico-légal. Une part des malades ne montrent pas d'amnésie rétrograde et l'absence de mémoire se rapporte seulement sur le temps d'après l'accident. Des fois, l'amnésie se rapporte de même sur la cause de l'accident. Chez certains malades observés après l'accident, on rencontre de la neurasthénie, de l'hystérie, des états dépressifs ressemblant fort aux psycho-névroses de guerre ; chez d'autres, on voit des accès de manie aiguë ou subaiguë. Cet état peut durer des jours, des semaines, des mois. Le malade qui retourne à la conscience, la séquelle psychique paraissant si simple, montre des amnésies lacunaires qui des fois durent très longtemps. Je ne parlerai pas ici des paralysies sensorielles ou motrices d'hémorragies cérébrales dues à des traumatismes, des accès d'épilepsie qui surviennent après plusieurs années à la suite des kystes méningitiques et des périostytes, conséquences de la pression des os sur le cortex ; ni des psychoses et des démences survenant à la suite des chocs cérébraux. Nous présentons quelques intéressantes observations d'amnésie rétro et antéro-grade.

Des auteurs cherchent à expliquer par la loi de Ribot l'amnésie antéro-grade des accidentés de chemin de fer ou de ceux

qui essayent de se suicider par pendaison. Les récentes acquisitions n'étant encore pas bien gravées, ressemblant à de la poussière posée sur le cerveau, les souvenirs qui ne sont pas encore bien logés dans le Moi de l'individu s'envolent au premier choc.

Nous savons que les récentes acquisitions s'envolent sans laisser la moindre trace, chez les vieillards, chez les amnésiques et chez certains aphasiques qui sont en train de perdre la notion du parler. Nous expliquons l'amnésie rétrograde par ce même mécanisme.

Obs. I. — Pendant la grande guerre, en 1917, j'ai eu dans mes services, à Haydar Pacha, un soldat comateux. Le coma dura 4 jours. La température était 38-39°, de temps en temps le malade montrait de grands accès d'excitation. Plaies sur certaines parties du corps et de la tête. Pas de fracture de la boîte crânienne. Nous pensions que très probablement, il y avait eu accident. 4 jours après, la température baisse et le malade reprend petit à petit conscience. Pourtant l'excitation et les divagations continuent. Pendant tout un mois il ne cesse de pleurnicher comme un enfant très mal élevé et de mendier de quoi manger à toutes les personnes qui passaient. Il ne dormait pas et fatiguait par ses cris et ses pleurs les malades ses voisins.

On ne savait rien des causes de son accident. Il répondait bien aux questions. Il connaissait les médecins et les infirmiers. Un mois après, petit à petit, il était rétabli. Il ne se lamentait plus et l'amélioration continuait. Seulement il ne se rappelait rien de ce qu'il avait fait pendant sa maladie. Il commençait à reconnaître les médecins et les infirmiers comme s'il venait seulement de sortir d'un état confusionnel. Il ne savait quand, comment et où il fut accidenté, et ignorait tout de son entrée à l'hôpital. Il se rappelait seulement que sa compagnie était aux environs de la 3e station de chemin de fer à Pendik, dans la banlieue. Il s'était levé le matin et avait pris le premier train pour venir à Haydar Pacha. Il devait en route remettre dans une station intermédiaire, à Bostandji, un sac qu'on lui avait remis. Mais le malade ne se rappelle nullement avoir pris son billet au départ, ni avoir monté dans le train, ni avoir pris la commission de remettre un sac, ni son arrivée à l'hôpital. Nous nous renseignons auprès des soldats de sa compagnie venus lui rendre visite.

Ils nous renseignent :

Il avait pris son billet à la station ; on lui avait remis un sac. Il avait sauté du train en marche à Bostandji. Il était tombé sur la tête. Le malade ne se rappelle rien de ce qui s'était passé pendant

la demi-heure précédent son départ ainsi que les faits des 30 jours suivant l'accident.

Obs. II. — De même vers cette même période, un jeune confrère m'invite à consulter un malade. Celui-ci était un commerçant à peu près âgé de 35 ans. Il était assis dans son lit, parlait avec volubilité, et taquinait les personnes présentées à lui. Il racontait qu'on croyait qu'il était sérieusement malade ou peut-être même fou, mais qu'il avait toute sa raison. La notion du temps et des lieux était normale, il calculait juste, rapidement les calculs même compliqués. Il avait l'air d'un malade hypomaniaque. On voyait des ecchymoses dans certaines parties du corps et du visage. La famille nous raconta que la police l'avait trouvé évanoui, comateux, dans le jardin d'une villa, sur la ligne de banlieue. Ayant été reconnu il fut ramené chez lui. Après deux jours de cet état comateux, le malade quoique revenu à lui, avait l'air d'un excite anormal. Il parlait à tort et à travers sans raison, il ne dormait presque pas et il se comportait d'une manière qui ne correspondait pas du tout à son ancien état qui était celui d'être sérieux. Le malade expliqua en riant qu'arrivant d'Ismid, il voulait lancer du train dans le jardin d'un ami, qui bordait la ligne de chemin de fer, une valise qu'il portait. Il disait que la circulation dans les trains n'était pas très bien ordonnée à cause de la guerre, à plusieurs reprises il avait sauté du train qui marchait lentement et qui ralentissait souvent à cause des conditions d'alors. Que cette fois de même il avait sauté, l'ayant souvent essayé et réussi.

Le malade, au moment de son histoire, était en état d'hypomanie ; rien ne prouvait qu'il ne l'était avant son accident, rien que pour avoir essayé ce geste fou.

La vitesse des associations, le flux des paroles, l'ironie, la méchanceté tout montrait, sans aucun doute, que nous étions devant un tableau de manie subaiguë. Sa mémoire, au lieu de diminuer, avait beaucoup augmenté. Son attention était très forte. J'ai quitté le malade en jugeant que son cas était assez simple. 4 mois après, ce même malade vint me voir. Il me dit :

« Docteur, vous êtes venu me voir une fois, vous devez vous le rappeler. Mais moi, c'est la première fois que je vous vois. » Je me suis rappelé le malade. Mais j'ai été très étonné de ce que le malade hyponaniaque à moi connu ne m'avait pas reconnu.

Le malade continua : C'est en ce moment que j'ai l'honneur de faire votre connaissance. On dit que vous êtes venu me voir dix jours après l'accident, je vous ai taquiné et même était d'un sans-gêne frisant l'impolitesse ; je vous ai raconté mon accident et beaucoup d'autres choses. Pourtant, je ne me rappelle rien, mais rien de l'aventure que je vous ai contée et de votre visite. Ce n'est

pas la vérité, c'est ce que mon cerveau malade a enfanté. Mon frère, que je croyais être au Caucase, était auprès de moi pendant ma maladie, il m'a soigné tout ce temps. Je lui ai adressé la parole chaque jour. Après votre visite, je suis sorti, je me suis promené, j'ai fait des achats, je n'ai commis aucune faute dans tout cela. Tout le monde me croyait sain d'esprit, quoique un peu nerveux et excité. Un jour, je suis parti de chez moi pour aller rendre visite à ma belle-sœur, qui habite un quartier éloigné de la ville. J'ai pris le bateau ; chemin faisant, une clarté se fit en moi. Arrivé chez ma belle-sœur, j'ai sonné, elle m'ouvrit, je l'ai saluée et lui ai demandé des nouvelles de mon frère qui se trouvait au Caucase. La pauvre femme fut ahurie, elle me dit : Votre frère est arrivé depuis longtemps. Il vous soigne chez vous depuis deux mois, vous le voyez..., le voyez chaque jour. J'étais sain. Bouleversé, je suis rentré chez moi. Je me jetais au cou de mon frère et lui dit en pleurant que je ne me rappelais absolument rien ; mon frère qui me croyait sain d'esprit lors de ma maladie, devait me prendre pour fou maintenant que je revenais à la raison. L'intéressant n'est pas là. Je ne sais pas comment je suis tombé du train. J'ai pris le train à Ismid, j'avais deux valises qui renfermaient toute ma fortune. Comment aurai-je sauté en laissant ma fortune ? Comment aurai-je osé sauter avec ces deux valises ? Pendant ma maladie, il paraît que je vous ai dit que j'ai fait cela pour ne pas descendre à Haydar Pacha, c'est pure invention. Seulement, à Pendik, 3 personnes montèrent dans mon compartiment, ça, je me le rappelle bien. Il faisait déjà nuit. Je savais que le train ne s'arrête pas à Kizil Toprak et je n'avais nulle intention de sauter en route. Je me rappelle aussi être passé sous le pont deux stations avant. Mais depuis je ne me rappelle plus rien. Suis-je tombé par accident ? M'a-t-on lancé du train ? Je me suis adressé pour avoir mes valises, mais tard, quatre mois après seulement, est-ce accident ou attentat ? Je l'ignore. Je ne me rappelle rien. J'ai beau me torturer l'esprit, rien à faire.

Obs. III. — Le 29-6-1935 on trouve un homme âgé de 60 ans couché dans la rue, on le transporte à l'hôpital, on constate une maladie mentale ; il est dirigé sur la maison d'observation. De là il fut envoyé à notre asile avec le diagnostic de presbiophrénie. Le malade est très agité, volubile, agressif contre les autres malades. Il ne dormait pas. C'est un hémiplégique gauche. Des fois il pleure, il crie, il chante des chansons dans un jargon incompréhensible. Il se déshabille, déchire ses vêtements, considère tout le monde comme ennemi, il crie à tout propos : « Que Dieu me pardonne, nous sommes en guerre. » Il mange très peu. On remarque une légère parésie du côté gauche, au bas du visage. Il se promène nu, il fait des déclarations d'amour aux infirmiè-

res, il essaye de manger les résidus de poubelles. Il fait quelques pas appuyé à une canne, puis il s'assied. Quand il marche, il fauche du pied gauche. L'hémiplégie centrale gauche est manifeste. Les réflexes de la jambe gauche sont plus exagérés que ceux du bras gauche. Babinski positif. On remarque une parésie, pas de



manque de sensibilité. Les réflexes abdominaux et crémastériens sont exagérés à gauche. Les réactions Wassermann et autres dans le sang et le L. C.-R. sont négatives.

D'après les renseignements que nous avons eu des parents et du médecin traitant, le malade avait reçu un coup de revers de hache, il y a deux ans, il s'était évanoui et était resté dans cet état pendant deux jours. A son réveil on ne remarqua rien d'anormal dans son parler, le côté gauche était hémiplégique. Il se montrait sain d'esprit, on ne remarquait rien qui ressemblât à de l'épi-

lepsie. Avant sa blessure, il était totalement sain, son hémiplégie continua pendant trois mois. On l'envoya à Adapazar pour y être traité. Le médecin consulté conclut à l'opération.

Pendant ce temps, son procès continuait. Le Tribunal décida



de l'envoyer à Stamboul pour y être soigné. Toujours d'après les dire de la famille et du médecin, le malade pouvait se défendre, et se montrer tout à fait normal. Le malade arriva à Stamboul. Un jour la police le trouva couché dans la rue et l'envoya dans la maison d'observation. De là il fut hospitalisé.

Une hémiplégie forte du côté gauche, due aux lésions du neurone supérieur d'une part, son excitation hypomaniaque d'autre

part, nous firent décider en faveur de l'intervention chirurgicale.

A gauche, du côté médio-pariétal supérieur, vers la ligne médiane, on voit une blessure à la tête. Il y a affaissement de l'os de



la grandeur d'une pièce de 5 fr. A la radiographie de la tête, on remarque, dans la zone pariétale, l'ombre d'un os affaissé sur le cerveau, de la longueur de 3,5 cm. et de la largeur de 3 cm. Le sinus longitudinal supérieur est sous l'écrasement de cette parcelle d'os. La pression du L. C.-R. prise en position assise est de 40 au manomètre de Claude. L'encéphalographie fut pratiquée. Pour

105 cm³ de liquide extrait on donna 100 cm³ d'air. Les radiographies prises en quatre positions différentes montrent que les ventricules sont normaux et à leurs places naturelles. Le Wassermann était négatif dans le L. C.-R. et dans le sang.

L'opération fut pratiquée. On remarqua alors le rétablissement du pouls cérébral qui n'éait pas perceptible jusqu'alors. Le morceau d'os qui pressait en même temps le sinus supérieur, une fois enlevé, la circulation se normalisa.

Les méninges se trouvant au-dessous de l'os, étaient épaissies, anormales et l'on voyait le système vasculaire se dessiner fortement. Les vaisseaux avaient perdu leur couleur. Ils saignaient facilement. L'opération terminée, le traitement qui suivit fut normal, seulement le premier jour suivant l'opération, on vit une paralysie complète du bras gauche. Cette paralysie diminua petit à petit. De même, les premiers jours, l'excitation du malade augmenta fortement. On dut le fixer au lit et lui administrer des calmants.

Le huitième jour, on enleva les sutures, la cicatrisation commence.

Les changements remarqués après l'intervention chirurgicale :

Le malade qui était très agité redevint calme, 15 jours après il quitta son lit, la paralysie du bras passa.

4 mois après l'opération, aucun trouble mental. Aucune différence dans les mouvements horizontaux des deux bras. Seulement le malade ne peut élever le bras gauche au-dessus de la tête. La flexion de l'avant-bras sur le biceps, de la main sur l'avant-bras et les mouvements des doigts sont normaux. La sensibilité au toucher, à la douleur, à la chaleur, au froid et profonde sont normaux. Pas d'atrophie.

Les mouvements des membres inférieurs sont très différents de ce qu'ils étaient avant l'opération. Une très légère différence existait entre le membre inférieur gauche et le droit. Il peut plier le jarret sur la cuisse et la cuisse fléchir sur le ventre. Pas d'ataxie, pas de contracture, il fauche très légèrement du pied gauche. Le malade, qui ne pouvait point faire deux pas sans appui, circule aujourd'hui librement de par l'hôpital. Les réflexes des extrémités supérieures et inférieures gauches sont plus vifs que ceux du côté droit. Le signe de Babinski est toujours positif à gauche.

Après le retour à la raison le malade nous expliqua :

J'ai été toujours bien portant, j'ai eu une insolation il y a 10 ans, je n'ai eu aucune maladie infectieuse. J'ai été blessé aux Dardannelles à plusieurs reprises ; c'est à la cuisse, et pourtant je marchais normalement. Il n'a aucune maladie héréditaire. Il est marié, il a eu 6 enfants, 4 moururent en bas-âge, à cause de

mauvaise nutrition. Les 2 autres sont vivants et bien portants. Le sujet ne prend pas d'alcool ni aucun autre toxique. Il y a 2 ans, il eut une querelle, c'était pour une affaire de champs. Son adversaire lui porta un coup de hache ; il fut blessé à la tête. Paralysie des membres du côté gauche ; trois mois après il put marcher avec une canne, mais sur de très petites distances.

Changements psychiques :

De l'oppression, le sentiment d'un poids de plusieurs milliers de kilos sur la tête. Instable, il ne peut rien entreprendre. Il est très irritable, il entend peu, il ne peut lire les journaux, la vue est trouble. Cet état psychique, au lieu de dimineur avec le temps, ne cessait d'augmenter. Il prétend qu'il perdit, un certain temps après, toutes notions. Il ne se rappelle pas comment et pourquoi il a été envoyé à Adapazar et à Stamboul. Il ne se rappelle aucun des hôpitaux où il a été traité. Un certain temps après l'opération, une lueur se fit en lui, il se sentit comme s'il se réveillait d'un très long sommeil. Il dit : Qu'il a le sentiment comme si un poids de plusieurs tonnes a disparu de sur sa tête. Il dit : « Les premiers temps je ne me rappelais plus celui qui m'a blessé. Je sais seulement qu'il y a une question de terrain entre nous, je ne me rappelle ni ma querelle ni comment j'ai été blessé, ni beaucoup d'autres choses encore. C'est plus tard qu'on me l'a dit. Après le coma j'avais une grande lourdeur sur la tête, je ne comprenais pas, j'oubliais tout. Je sentais une brûlure dans le côté gauche de la poitrine. Je ne voyais pas bien, plus tard j'ai perdu tout à fait la notion des choses. Aujourd'hui je suis bien portant. Je sens que je renais à la vie. L'amnésie sur les questions du temps de ma maladie continue.

Dans ce cas de même, une amnésie antérograde, coma après traumatisme, comme séquelle une hémiplégie aux membres inférieurs accompagnée pour ainsi dire de troubles forme neurose traumatique, un peu plus tard une confusion agitante progressive, opération et enfin salut. Les dernières manifestations de la confusion mentale l'avaient fait envoyer à l'hôpital. Mais le plus intéressant c'est sa vie passée dans un état crépusculaire et son amnésie se rapportant sur sa vie normale et ses voyages.

Autant que l'amnésie antérograde des cas cités est curieuse autant la rétrograde l'est plus curieuse encore. Ces malades, même observés par un médecin psychiatre exercé, sont, dans leur état, considérés et jugés comme étant lucides et normaux. Tandis qu'on est devant un malade en état d'amnésie complète. Etat qui ressemble fort à celui des accès psychiques de l'épilepsie. Si nous résumons ce dernier cas : Trauma, coma

post-traumatique, séquelles hémiplégiques accompagnées de neurose traumatique que nous considérons souvent comme étant organique et une amnésie qui progresse. 2 années après le traumatisme, une très forte confusion mentale ; opération ; l'amélioration de l'hémiplégie dans la proportion de 90 % et guérison complète du point de vue mental.

L'amnésie qui commence avant le traumatisme et continue quelques temps après, puis la rechute dans l'obscur et derechef une plus complète amnésie ; tous ces états avec leur coma, leur paralysie, leur confusion mentale, leur amnésie et même avec leur névrose traumatique doivent être considérés et admis comme étant organiques. Et c'est le point que nous jugeons digne d'intérêt.

Encéphalite épidémique et médecine légale

par M. le Prof. Mazhar-Osman (Istanbul)

Les fécondes études sur l'encéphalite épidémique, les résultats obtenus, ont ouvert la voie à des nouvelles recherches dans les domaines de la neurologie et de la psychiatrie.

La pathologie, la physiologie, l'anatomie, les études récentes de l'hypothalamus, du pédoncule cérébral et des ganglions basaux, nous renseignent très amplement, au point de vue neurologie.

De même, les altérations du cortex, dues à cette maladie, nous offrent des possibilités essentielles de méditation, de réflexion et d'études dans le domaine de la psychiatrie ; ce qui, au point de vue médecine légale, nous met devant certains cas des plus intéressants et ainsi nous poussent à élargir le champ déjà si vaste de nos études.

Dès la première épidémie d'encéphalite, nous nous sommes trouvés, soit dans nos services, soit ailleurs, vis-à-vis certains cas médicaux légaux, dont les uns montrèrent, dès le début, leur rapport intime avec l'encéphalite, tandis que d'autres, par contre, ne permirent cette constatation que très tardivement et le diagnostic n'a pu se faire qu'après un délai.

Des milliers d'encéphalitiques et surtout post-encéphalitiques circulent librement de par le monde. C'est au psychiatre que l'on s'adresse pour décider si un acte antisocial commis par l'un de ces invalides est accidentel et pathologique ou intentionnel. Nous rencontrons un grand nombre d'actes commis, tant pendant la période aiguë de la maladie, qu'après, qui relèvent directement de la médecine légale. Nous savons qu'à la période aiguë, le délire du malade porte plutôt sur sa profession. Cette période étant relativement courte, l'acte ne peut être que rare ; une forte part des malades passant par cette période de folie manifeste, nous nous trouvons, bon gré, mal gré, devant un acte anormal.

Ex. : Un soldat quitte son lit la nuit, prend son arme et tire sans but, ni raison ; on lui arrache de force l'arme des mains.

Un émigrant, nouvellement arrivé de Bulgarie, accoste un agent et lui tient des propos subversifs. Il prétend que Stamboul est en révolte et qu'il a vu une bande armée traverser les remparts. L'agent l'arrête, on l'emprisonne. Plus tard, l'on constate qu'il était un encéphalitique myoclonique. Son délire et son sommeil continuèrent pendant très longtemps.

Pendant la grande guerre, un Turc, qui habitait Sofia, fit certaines révélations aux autorités bulgares. Celles-ci n'ayant rien compris, l'expulsèrent, le jugeant dangereux, provocateur et perturbateur de l'ordre public. Il passa en Roumanie où il continua à divaguer. On le prit pour un espion ; il fut arrêté. Libéré par l'armée turque, lors de l'invasion de ce pays, il fut envoyé à Stamboul. Le pauvre homme ne cessa de parler politique jusqu'à son internement. Ecroué à la prison militaire de Stamboul comme espion, il attira l'attention par des faits et gestes anormaux ; dirigé sur l'hôpital de la Paix, pour y être pris en observation, il montra des symptômes de démence précoce, forme catatonique. Nous constatâmes que les délires et les divagations qui occupèrent trois pays étaient d'origine schizophrénique. Mais cinq à six ans après, de la rigidité et un faciès parkinsonien se montrèrent. Plus tard, il présentait un parfait tableau de Parkinson. Ce même malade est actuellement hospitalisé en nos services et présente un parkinsonisme des plus accentués.

Toujours, en ce temps, une jeune personne de Gallipoli a un accès de manie. Le malade, d'une voix chaude et bien timbrée, chante des romances qui impressionnent les voisins. Ceux-ci, pris de pitié, persuadèrent au père de la jeune personne de consentir de la marier, le plutôt. Une jeune fille, un soir, quitte son lit, se met devant son miroir, lisse ses cheveux, se coiffe, s'habille et sort de chez elle ; on l'arrête au moment où elle se rendait au camp d'été des jeunes officiers, hors de la ville. Cette période passée, les changements dans les caractères dus à l'encéphalite commencent à se manifester, plus tard, les symptômes de Parkinson et le suicide.

Il n'est pas rare de rencontrer des délinquants ou des criminels parmi les malades qui se présentent à l'asile des aliénés. Tous, nous connaissons et rencontrons de ces malades, excités légers, des psychopathes, des anxieux qui ne sont jamais contents de rien et qui deviennent grossiers, insociables, violents. La plus petite contrariété les met en fureur, ils sont alors agressifs, ils sont égoïstes à l'extrême, ils sont indiffé-

rents pour tout, leur intérêt excepté. Un moment, impulsifs, ils se rependent immédiatement après. La plupart ont un très fort penchant pour la mendicité, les plaisirs anormaux et la luxure.

Certains comprenant que leur maladie est incurable, ils se suicident. Parmi mes malades libres : Deux médecins, un étudiant en médecine, une jeune fille, une mère de famille



qui montraient des symptômes de parkinsonisme se suicidèrent, qui au poison, qui en se jetant par la fenêtre, qui en se jetant à l'eau. A l'hôpital, deux encéphalitiques tentèrent de se suicider à plusieurs reprises. Ils n'y parvinrent pas. Ils disaient : « Les trépidations et les tremblements ne sont rien, nous y sommes habitués, mais nous ne pouvons résister à l'angoisse. » Malgré une très sévère surveillance, trois encéphalitiques parvinrent à se suicider, l'un en se pendant, les autres en se noyant. L'un de ceux-ci se noya au robinet ; il avait prétexté la nécessité des ablutions, l'autre enfonça son visage dans une flaque d'eau de quelques doigts de profondeur, il résista jusqu'à ce que mort s'ensuive.

On dirait que la mendicité et l'abus de confiance sont des actes internationaux chez les parkinsoniens. Nous nous rap-

pelons avoir rencontré, dans nos voyages, maintes mains tremblantes se tendant pour une aumône. Une partie notable des mendiants des pays d'Orient — ils y sont en nombre — sont des parkinsoniens. Certains, de la simple mendicité arrivent au menu larçin et au vol avec effraction. Les portes des jardins des villas sont en général ouvertes. D'habitude, on ne rencontre pas de chien de garde ; le manque de grillage aux fenêtres des rez-de-chaussée permettent ces petits vols. Ces malades voleurs avouent qu'ils vendent à très vil prix le produit de leur larcin ; avec le peu qu'ils parviennent ainsi à se procurer, ils s'enferment dans des mauvais lieux, puis, une fois l'argent dépensé, ils se remettent en campagne, guettant la nouvelle occasion. Leurs maladies les rendent souvent très érotiques.

Il est intéressant de noter l'indifférence et le mépris qu'ils montrent envers les autorités ; souvent, c'est des réfractaires. Un sous-préfet, qui montrait de légers symptômes de parkinsonisme, avait reçu l'ordre de fêter avec des grandes démonstrations la proclamation de la République ; il ne prêta aucune attention à la circulaire du gouvernement. Il ne dit mot à personne. Au contrôleur, il expliqua qu'il avait bien reçu un tel ordre, mais qu'il avait jugé inutile de faire quoique ce soit et qu'au fond ça lui était indifférent, il ne savait pourquoi. Nous avons rencontré des cas où des malades jettent des pierres aux gendarmes qui passent à cheval ; une une fois c'était les carreaux de la mairie que l'on cassa.

Le plus curieux parmi les caractères des parkinsoniens c'est leur grande impulsivité d'abord, le grand repentir ensuite. Certains malades qui sont dirigés sur notre établissement s'évadent en route ; après avoir vagabondé pendant quelques jours, ils se rendent, soit aux autorités, soit aux commandants des navires sur lesquels ils voyagent, soit encore directement à la direction de l'hôpital, en suppliant d'être internés. D'autres parviennent à s'évader de l'asile, ils y reviennent toujours après un temps souvent très court.

Je présente, en résumé, la vie d'un assassin parkinsonien qui mit un terme à ses jours à l'hôpital. C'était un jeune homme du nom de Husein, âgé de 25 ans, originaire de Eregli. Certains cas d'impulsivité contraires à la discipline et une légère excitation le firent libérer avant le terme de son service militaire. On remarque une simplicité d'esprit et un sans-gêne mitigé de puérilité assez marqué. Un jour, s'approchant de

son officier, il lui dit en le caressant et lui tapotant le dos : « Tu es un gentil et brave homme, je t'aime bien. » Les médecins avaient conclu à une débilité congénitale et du fait l'avaient renvoyé peu après chez lui. Un beau jour, il rencontre un paysan se rendant en ville pour des achats. Chemin faisant, avec une confraternité et simplicité spéciale aux paysans, ils se racontent leurs affaires et le pourquoi qu'ils se rendent en ville. Le paysan explique à Husein qu'il porte sur



lui un billet de banque de 50 livres (500 fr. environ), nécessaire, dit-il, à payer ses impôts et faire de petites emplettes. Traversant un petit bois, l'idée de tuer le paysan et de s'approprier les 50 livres germe d'un coup dans l'esprit de notre sujet. Immédiatement, tirant son petit couteau, il le plonge dans le dos de son compagnon. Le blessé cherche à s'enfuir, mais en vain, Husein le frappe jusqu'à ce que mort s'ensuive. L'assassin, après avoir pris les 50 livres, jette le cadavre dans un buisson et se lavant fait disparaître les traces de sang. Il arrive en ville et se présente chez un marchand de tabac qu'il connaît. Lui donnant le billet de 50 livres, il dit : « Moi, pour ce vil, ce sale et immonde billet, j'ai assassiné un homme, cet argent est maudit, il n'a pas été utile à son premier détenteur, il lui a coûté la vie, il a fait de moi un assassin ; je te le

donne, fais-en ce que tu voudras. » Ceci dit, il s'éloigne. Le marchand de tabac, étonné, refuse de recevoir l'argent, mais Husein insiste et s'enfuit en laissant le marchand très perplexe. Un certain temps après, la rumeur qu'un cadavre a été découvert dans un bois fit soupçonner notre malade. Arrêté, il avoue calmement son crime. Pris en observation à l'Institut Médico-légal, et le crime ayant été commis sans raison plausible et sans but, il fut conclu qu'il était un débile dégénéré avec légère excitation, de là des impulsions psycho-motrices, et irresponsable, mais jugé dangereux, il fut dirigé sur notre établissement pour y être interné. Ce sujet ne montrait pas une invalidité cérébrale telle qu'elle puisse faire conclure à sa complète irresponsabilité, pourtant une responsabilité même très atténuée pouvait être interprétée comme étant une faveur ou une protection que la psychiatrie accordait. L'assassin avait sauvé ainsi sa tête. Pendant nos visites dans les cliniques, nous avions remarqué que le parler du malade était bizarre et sans logique. Certains jours, il nous remerciait en disant que les médecins l'avaient sauvé, que, grâce à ces braves et bonnes gens, il ne fut pas pendu, et manifestait une joie exubérante ; d'autres jours, il se plaint, disant : « On est en train de galvauder ma jeunesse parmi ces fous, il faut me libérer de suite. Il se plaignait surtout du mur qui entoure les services où sont détenus les fous criminels ; il nous priait de le laisser librement circuler dans les 100 hectares de champs entourant l'établissement. Des fois, nous lui permettions de se promener en compagnie d'un infirmier. Un beau jour, il s'évada. Assassin et dément, il fut recherché très activement. Le soir de son évasion, il se constitua prisonnier. Il expliqua : « Je voulais avoir des femmes, un co-détenu m'a donné l'adresse d'un bordel ; j'ai cherché, j'ai trouvé la rue... Mais je ne sais comment, un nouveau sentiment se fit jour en moi. Je suis allé trouver le policier du coin, je lui ai dit poliment : « Je suis fou et je suis assassin, je me suis évadé ce matin. Je suis venu ici avec des idées de luxure. Je trouve que faire ceci, ainsi que m'être évadé, sont des choses honteuses, faites-moi réintégrer l'asile. » L'agent fut saisi, il téléphona à l'hôpital pour se renseigner. Sur une réponse affirmative, il nous le ramena. Ces tentatives d'évasion et de retour se renouvelèrent. Mais l'intéressant fait que nous notions c'était que les traits de Husein se figeaient chaque jour un peu plus davantage ; son corps prenait les allures d'un mannequin ou

d'un automate. Petit à petit, on remarqua des trépidations dans certaines parties du corps ; quelques deux ans après, nous étions devant un parfait tableau parkinsonien. Cet état s'aggrava ; quelques années plus tard, il était tuberculeux. Inoffensif, nous le laissions se promener librement dans les vastes champs de l'asile ; nous lui avions fait connaître nos



démarches auprès du procureur de la République pour obtenir sa libération. Un jour, il fut trouvé le visage enfoui dans une petite flaque d'eau à peine profonde de quelques centimètres. Il s'était suicidé.

Nous voyons souvent les idées de luxure et les instincts sexuels augmenter chez les post-encéphalitiques, des crimes sont commis. La fille d'un très honorable médecin avait eu l'encéphalite. Il ne lui restait qu'un très léger strabisme et l'obésité. Elle prenait chaque jour un peu plus d'embonpoint. Elle se maria ; lorsque le mari vint me consulter, il m'avoua qu'il ne lui était plus possible de vivre en commun avec sa

femme, et cela malgré sa vigueur. Il me demanda d'y remédier. La jeune femme ne se décidait pas à dormir, et cela jusqu'au matin; elle exigeait et même forçait son homme à l'aimer sans discontinuer. Tous les moyens préconisés ne remédièrent à rien. Le mari, pourtant robuste et fort, avait perdu une dizaine de kilos dans l'espace de quelques mois, quant à ses nerfs, ils étaient à bout. Il intenta une action en divorce... Une gentille petite Grecque de 8 ans, élevée dans un milieu éduqué et quelque peu prude, avait contracté l'habitude de se masturber, à la suite d'une encéphalite. Elle introduisait dans le vagin tout engin susceptible de lui procurer du plaisir. Une fois, elle se servit d'un bout de bois rugueux ; elle se blessa assez grièvement et se déflora. Tous les efforts de la famille furent inefficaces pour la sauver de ce vice. Très affectés, ils s'adressèrent aux médecins... Un enfant de 12 ans, fils de médecin, avait eu l'encéphalite. 2 ans après sa guérison, il tenta de violer sa sœur. On éloigna la petite fille. Très affecté, le malade essaya de violer sa mère. Après de vains efforts, la famille ne trouva rien de mieux que de lui donner assez d'argent pour qu'il puisse, malgré son âge, s'assouvir dans des mauvais lieux avec des prostituées. Ce qu'il ne manqua pas de faire, et assidûment. Ce même jeune homme, aujourd'hui âgé de 20 ans et ayant eu la blennorrhagie à plusieurs reprises, ne peut se retenir de molester même des personnes honorables et honnêtes, ce qui lui a valu à plusieurs reprises des corrections et des internements par décision de tribunal. Le crime sexuel le plus souvent constaté chez les parkinsoniens l'est pour cause d'homosexualité. Souvent, ils sont envoyés à l'asile à la suite des poursuites intentées pour avoir essayé de violer des garçons de 10 à 12 ans, qui, des fois, sont leur proche parent. Dans un cas, le malade était tellement parkinsonien que les crises oculogyres persistaient pendant des heures et même des jours. Ce malade ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait et lorsqu'il y répondait on comprenait difficilement ce qu'il disait. Il ne remuait que très difficilement. Il avoua au juge qu'un jour il se jeta sur un garçon de 8 ans, de sa famille, qui s'était approché de lui, et l'avait violé.

L'encéphalite épidémique avec troubles psychiques autres que le syndrome parkinsonien montre des particularités du plus haut intérêt pour la médecine légale. Une grande part des changements dans le caractère accompagnent le parkin-

sonisme ; d'autres sont seuls sans parkinsonisme ou encore ce dernier ne se manifeste que très tard ; longtemps après que les troubles psychiques aient donné lieu à des questions médico-légales.

Nous rencontrons des observations de haut intérêt dans la littérature médicale. H. Claude, dans sa médecine légale et Psychiatrie, note que beaucoup de jeunes, sains et normaux à la naissance, changent complètement de personnalité longtemps après l'infection (mensonges répétés, tendances aux violences, manifestations inaffectives ou haineuses à l'égard de l'entourage, vols, perversions sexuelles, prostitution, viols, suicide, etc.).

Les impulsions, quoique forcées et irrésistibles, sont d'un caractère conscient chez les jeunes. L'impulsivité et l'irrésistibilité continuent dans l'âge mûr. Leurs accès soudains d'excitation, l'insolence, la dépression, l'anxiété, l'automutilation, le suicide, la pendaison, la strangulation, en somme leurs actes criminels y sont résumés.

Dans le livre de Hoche, Lange, en parlant de leurs troubles psychiques, explique que c'est la force exécutive et non la force centrale qui est troublée ; que *le fond est resté bon* et qu'ils ne sont pas *des aveugles moraux,* comme le sont certains dégénérés. Ce qui attire l'attention dans les questions médico-légales, à la suite des changements dans le caractère de ces malades, c'est qu'ils commettent l'acte criminel par une impulsion motrice ou psycho-motrice et qu'ils se repentent immédiatement après.

Stern, dans son livre, *L'encéphalite épidémique,* cite 34 cas étudiés par Winner, 14 par Stiefler, dont la majorité le sont pour crime sexuel (perversion sexuelle, exhibitionisme, homosexualité). Dans un cas de Stiefler, un homme de 39 ans avait violé un garçon de huit ans.

Nombreux sont les cas que nous rencontrons intéressant hautement au point de vue médecine légale ; d'ailleurs, nous ne savons rien sur le début de l'encéphalite, c'est le parkinsonisme qui nous éclaire, mais très tardivement, sur la vérité. Cet intérêt consiste en ce que les changements et les dérangements dans le caractère faisant croire à de la dégénérescence ou à la psychopathie plutôt qu'à une folie des plus pénibles ou encore à une maladie que l'on peut considérer du point de vue médical comme conférant l'irresponsabilité, les malades sont très sévèrement punis.

Encéphalitiques hospitalisés de 1926 a 1936
238, dont 46 pour délit et crime

1. Huseyn Suleyman, 30 ans, orig. de Havza, blesse un camarade qui le taquinait et le châtouillait. Berger.

2. Zehra Ahmed, 25 ans, de Yalova. Elle porte plainte, prétendant qu'un voisin a tenté de la violer. A l'instruction il fut établi qu'elle désirait épouser le jeune homme et qu'elle avait choisi ce moyen pour lui forcer la main. Elle savait que les lois ne permettent pas le mariage avec des aliénés.

3. Salih, 45 ans, mendiant, fréquente de préférence les entrepôts et la douane. Se jette sur un gardien qui voulait l'éloigner et cherche à le frapper avec un morceau de fer qu'il avait aiguisé.

4. Ali Hayroullah. Condamné pour vol et interné.

5. Avram. Agression. Coups et blessures.

6. Chevki Ahmed. Parkinsonisme. Vol et vagabondage.

7. Hassan, fils de Tchavouch, 17 ans. Vagabondage spécial, menu larcin.

8. Hassan Haydar, 25 ans. Agression. Coups et blessures. Violences envers la famille.

9. Moustafa Mehmed, 25 ans. Mendicité.

10. Salih Mehmed, 35 ans, de Akserail. Coups et blessures, aggressions, tentatives de meurtre, vagabondage.

11. Hakki Osman, 22 ans. Vagabond, vol.

12. Husameddin Selim, 34 ans, de Marach. Vol avec effraction.

13. Suleyman Huseyn, de Havza, 25 ans. Coups et blessures.

14. Mehmed Mehmed, 24 ans. Vol et mendicité.

15. Mumin Adem, 18 ans. Vagabondage et mendicité.

16. Fatma Ahmed. Mendicité.

17. Alidé Yakoub, 20 ans, de Stamboul. Agression, tentative de suicide. Elle a essayé de se jeter sous un tram.

18. Mouzaffer Mehmed Ali, 15 ans. Mendiant et vagabond.

19. Ali Tekir Husein, 45 ans. Agression.

20. Bedreddin Suleyman, 18 ans. Avait, étant enfant, tué 2 petits enfants à coups de pierres.

21. Dourmouch Abdoullah, 20 ans. Lançait des pierres aux gendarmes qui passaient.

22. Fatimé Mehmed Ali, 22 ans. Elle a essayé de se suicider en se jettant dans le foyer ; se jette à l'eau mais est sauvée.

23. Djemilé Mehmed, 24 ans. Tentative de suicide. Elle se jette dans un puits, elle est sauvée.

24. Hussein Ibrahim, de Erzindjan, 28 ans. Opiomane, vagabondage et mendicité. Vols.

25. Mehmed Hassan, 30 ans, de Oumourdja. Sans avoir un

parkinsonisme frappant, il s'enferme chez lui pendant 2 ans. Pendant tout ce temps, il ne quitte pas son lit. Sa femme très pauvre est obligée de travailler les nuits pour le nourrir.

26. Hassan Muezzin, de Kutahié, 36 ans. Mendicité, vagabondage.

27. Strati Theophilos, 22 ans. 2 fois hospitalisé. A blessé son frère. Agressif, violent.

28. Salih Djafer, 19 ans, de Stamboul. Hospitalisé à plusieurs reprises. Agression contre les membres de sa famille.

29. Havva Hasan, de Tchataldja, émigrée. Tentatives de suicide

30. Sarah Hasan, 20 ans, Safranboli. Prostituée. Mendicité.

31. Hairié Mehmed, 23 ans. Agression, mendicité.

32. Hairié Ibrahim 16 ans Hospitalisée à plusieurs reprises. Mendicité.

33. Ismail Suleyman, 32 ans. A assassiné sa femme qui venait d'avoir un avortement. Voie de fait contre le directeur de la prison.

34. Hourié Husein, de Babaeski, 20 ans. A essayé de tuer son mari et ses enfants pendant leur sommeil.

35. Kahraman Mehmed, de Stamboul, 34 ans. Agression à main armée, brigandage.

36. Eumer Mehmed, 35 ans. Mendicité et vagabondage spécial.

37. Hajer Mourad, de Yeni Pazar. Mendicité.

38. Moustafa Salih, de Trebizonde, 30 ans. Marinier. Agression. Coups et blessures.

39. Zehra Ahmed, de Tcherkesh, 25 ans. Tentative de suicide. A essayé de jeter ses enfants dans un puits.

40. Riza Ahmed, de Kumanova, 25 ans. Epicier. Agressif. Mendiant. Vagabond.

41. Safié Eumer, 18 ans. Mendicité. Prostituée. Se présente à l'hôpital Haseki. Econduite, elle lance des pierres contre les vitres. Agression contre la police.

42. Habibé Sari Ismail, de Bayramitch, 26 ans. Tente d'étrangler sa mère. Elle se suicide dans une mare.

43. Nouri Salih, 28 ans. Vagabond et mendiant ; agression.

44. Abdousselam Ali, de Konia. Mendiant et vagabond. Evasion de l'hôpital.

45. Veysel Hamid, 35 ans, de Zonduldak. Hospitalisé à plusieurs reprises. Vagabond. A beaucoup voyagé en Anatolie. Coups et blessures, vols, agression.

46. Houlousi Ismail. Parkinsonisme. Fonctionnaire. Abus de confiance.

Je prends la liberté de présenter ces cas à la haute critique de mes honorables confrères psychiatres et neurologues.

Le dépistage psychiatrique des enfants et adolescents anormaux à Zurich

par M. le Dr Lutz (Stephansburg) Zurich.

A Zurich comme ailleurs les enfants souffrant d'une maladie mentale ou de difficultés psychiques étaient soignés autrefois dans les maisons d'aliénés pour adultes. Mais avec le progrès de la psychiatrie infantile la nécessité de la séparation des enfants et des adultes troublés devenait de plus en plus urgente.

A Zurich on essayait en 1918 avec des moyens privés de fonder une maison d'observation pour enfants. Trois ans plus tard, le canton reprend cette idée et ouvre la « Stephansburg », comme station d'observation pour enfants.

Cette maison appelée tout simplement « la Stephansburg » est organisée de la manière suivante : on veut créer le milieu le plus naturel et le plus riche possible, pour que les enfants puissent s'y sentir à l'aise, vivre sans contrainte et ainsi agir spontanément. Pour atteindre ce but, on forme des groupes qui portent le caractère de famille ; en outre un instituteur était engagé qui pendant les leçons pouvait observer l'enfant dans le milieu scolaire.

Aujourd'hui la Stephansburg peut recevoir 20 enfants, garçons et filles, de 2 à 15 ans. La durée de l'observation varie entre 1 à 3 mois. Le personnel est composé d'un médecin, d'une directrice pédagogique, de deux institutrices ayant passé par l'école sociale, d'un instituteur et d'une bonne à tout faire.

L'observation est organisée de la façon suivante :

1) Par l'examen physique et psychiatrique le médecin précise la constitution physique et mentale de l'enfant. En même temps on tâche d'avoir des renseignements sur l'hérédité et le milieu. 2) L'instituteur observe l'enfant dans le milieu scolaire. 3) La directrice pédagogique et les institutrices contrôlent

les difficultés journalières. Après quelques semaines d'observation une discussion sur l'enfant a lieu, où participe tout le personnel de la Stephansburg. Après cette discussion le médecin fait le diagnostic et le rapport définitif sous ces trois acpects : médical, scolaire et journalier.

Ce sont les parents, les professeurs d'école, les médecins, les tribunaux, ainsi que les autorités scolaires et l'assistance publique qui envoient les enfants à la Stephansburg.

Nous n'acceptons que des enfants chez lesquels la compréhension des symptômes est difficile et problématique. Toutes sortes de maladies se cachent derrière ces difficultés, et ce n'est qu'après une observation exacte qu'on peut préciser la maladie comme névrose, psychopathie constitutionnelle, comme épilepsie, ou autre maladie organique ou bien comme défaut du milieu. Ce n'est que très rare qu'on envoie un enfant souffrant d'une schizophrénie infantile.

(*Démonstration d'un cas de schizophrénie infantile*)

Au courant des années le nombre des enfants inscrits à cette observation psychiatrique monte beaucoup. Peu à peu on comprend que si les difficultés et les symptômes ne sont pas graves, l'enfant n'a pas besoin d'être interné. C'est pour cette raison qu'en 1924 on commence à fixer des heures de consultations ambulantes et à ouvrir une policlinique. Jusqu'en 1929 nous n'avons examiné qu'environ 80 enfants par an. A partir de cette année le développement de la policlinique est rapide : en 1935 par exemple nous avons examiné 580 enfants et la Stephansburg reçoit chaque année 70-80 enfants. Le total des enfants soignés par l'organisation commune de la Stephansburg et de la policlinique revient alors au chiffre de 600 à 650 par an.

Les jeunes gens et les jeunes filles qui ont quitté l'école ne sont pas reçus à la Stephansburg. Les enfants de cet âge-là devenant de plus en plus nombreux parmi les inscriptions, on s'est demandé s'il fallait agrandir la maison. On a renoncé à cette idée et on a crée une organisation d'observation spéciale : dans plusieurs établissements d'éducation du canton de Zurich une partie de la maison a été organisée comme station d'observation. L'observation éducatrice est donc décentralisée, tandis que l'observation psychiatrique-médicale est centralisée, et c'est le médecin de la policlinique infantile qui

l'exécute. Ainsi nous avons la possibilité de modifier et de varier les méthodes d'observation, un fait très important pour le jugement des criminels.

Nous croyons que la psychiatrie infantile est une science qui a deux grands devoirs principaux : l'un se trouve dans le domaine diagnostique, l'autre dans le domaine thérapeutique et prophylactique.

Au point de vue diagnostique la psychiatrie des adultes est enrichie par les résultats des recherches de la psychiatrie infantile. Beaucoup de fonctions très compliquées chez les adultes sont encore des éléments relativement simples dans la vie mentale de l'enfant, et nous parvenons à les comprendre plus facilement. L'intelligence, les sentiments, le caractère de l'enfant sont beaucoup moins différenciés, et les maladies et leurs mécanismes offrent un aspect plus simple. Ainsi une compréhension claire de la maladie mentale chez l'enfant nous montre un chemin pour saisir et pour comprendre l'origine et les mécanismes des psychoses de l'adulte. D'autre part il faut dire que certaines constitutions maladives, par exemple certaines psychopathies, sont plus difficiles à saisir pendant l'enfance que plus tard.

Aussi au point de vue de la thérapie et de la prophylaxie la psychiatrie infantile joue un rôle important. Si nous réussissions à saisir et à traiter les psychoses dans leurs toutes premières manifestations pendant l'enfance, il serait peut-être possible d'empêcher ou de couper leur développement et de réduire ainsi le nombre des malades adultes. Il est évident que nous sommes encore bien éloignés de ce but, tandis que les devoirs prophylactiques concernant les névroses sont plus faciles à saisir. La majorité des névroses est causée pendant l'enfance : ou bien par des événements mal assimilés, ou bien par une mauvaise adaptation à la réalité et au milieu. Nous travaillons pour trouver les moyens qui permettent d'éviter ces deux causes principales des névroses, et pour trouver des méthodes efficaces pour la guérison immédiate de leurs premiers symptômes. Si nous parvenons à ce but, la psychiatrie infantile aura une influence décisive sur la santé mentale de la population. Voilà le but final de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence ; et nous ne perdons pas l'espoir que notre travail quotidien nous rapproche de plus en plus de la solution des problèmes.

Les éléments psychologiques à apprécier dans l'examen mental de l'enfant

par M. le Docteur Ducoudray (d'Albi)

I. Dans les consultations de psychiatrie infantile, l'examen mental de l'enfant est habituellement fait de façon complète. Mais souvent le certificat médical ou le protocole écrit qui mentionnent les observations faites au cours de cet examen ne sont pas aussi complets. Fréquemment en effet on n'y relève que les anomalies présentées par l'enfant ou les traits psychologiques fortement accusés. Ces éléments sont évidemment les plus importants puisqu'ils suffisent à fixer la conduite à tenir à l'égard de l'enfant sur les points pratiquement utiles : thérapeutique, indications disciplinaires, orientation professionnelle.

Il y aurait intérêt cependant à ce que le certificat médical ou le protocole d'examen mentionnent de façon systématiquement complète et détaillée toutes les constatations faites au cours de l'examen. Même si quelques éléments psychologiques sont parfaitement normaux il est bon, pensons-nous, d'une part de mentionner qu'ils sont normaux et d'autre part d'indiquer leurs caractéristiques et leurs nuances particulières chez le sujet examiné.

Le cours des idées ou la participation affective d'un enfant peuvent en effet tout en étant normaux présenter quelques particularités personnelles qui valent d'être remarquées et dont la mention au protocole d'examen rend celui-ci plus détaillé, plus vivant, plus fin. Et aussi beaucoup plus utile pour les statistiques éventuelles.

Quelques nuances qui paraissent légères et peut-être négligeables prennent parfois une importance inattendue : on s'aperçoit un jour que tel détail d'apparence minime se retrouve chez de nombreux enfants. La fréquence d'un détail pouvant comporter une signification non négligeable, on est

fort heureux d'avoir alors des observations détaillées dont le dépouillement permettra une appréciation statistique sûre de cette fréquence.

L'examen psychiatrique étant lui-même très complet et ordonné, mais guidé évidemment par les particularités de présentation du sujet, nous pensons que le protocole d'examen ou l'observation doivent être rédigés de façon très systématique et très détaillée, en suivant toujours le même plan afin de faciliter au maximum les recherches qui pourraient être entreprises dans ces observations.

Les feuilles d'observation portant imprimée la mention des éléments psychologiques à apprécier au cours de l'examen nous paraissent extrêmement utiles.



Etre systématique dans ses examens et rédiger ses observations suivant le même plan est une méthode qui pourrait paraître de prime abord peu élégante. Elle peut s'adapter cependant avec souplesse à la présentation de chaque sujet : elle permet très bien en effet de développer et de préciser telle partie de l'examen qui apparaît comme plus délicate ou plus fructueuse.

II. Les éléments psychologiques à rechercher au cours de l'examen mental de l'enfant sont fort nombreux.

Il serait bon que leur dénomination soit unifiée et précisée. Bien souvent en effet les auteurs désignent du même terme des éléments très différents ou donnent à un même élément des noms différents : pour les uns par exemple le terme « intelligence » désigne l'intelligence et le jugement, pour d'autres les termes « humeur » et « caractère » désignent le même ensemble d'éléments. Les uns utilisent des termes dans leur sens populaire plus connu, les autres prennent ces mêmes termes dans leur sens étymologique plus exact.

Dans de telles conditions, on ne peut que bien difficilement obtenir des observations — et des statistiques — comparables.

Il serait pourtant relativement facile de s'entendre pour attribuer aux termes que nous utilisons des significations précises. Le sens à réserver aux mots en psychiatrie doit être leur sens étymologique. C'est en effet le seul sens vrai et précis des mots, le seul qui ne varie pas selon des acceptions populaires imprécises et changeant avec les époques.

III. Les éléments qu'il nous paraît utile d'étudier au cours de l'examen mental d'un enfant sont les suivants :

a) **La perception mentale** : sa rapidité, sa richesse, sa précision, sa finesse.

La valeur des perceptions sensorielles (audition, vision...) est évidemment à observer dès ce premier contact. Les cas d'insuffisance sensorielle réalisant l'apparence d'une insuffisance mentale sont trop connus pour qu'on oublie cette observation.

Il ne faut pas manquer de réserver une attention particulière à l'appréciation de la gnosie et de la praxie de l'enfant pour les diverses activités qu'on lui propose. Bien souvent on pourrait rapporter à un trouble de l'intelligence ou du jugement des échecs relevant d'un défaut de perception mentale ou de praxie. Gnosie, praxie, intelligence, jugement sont des éléments très différents. Leurs troubles peuvent produire des échecs d'apparence fort semblable. La connaissance précise de l'élément psychologique cause de ces échecs est importante à établir : les méthodes pédagogiques à appliquer à l'enfant sont en effet différentes selon l'élément psychologique atteint chez lui.

b) **Les facultés intellectuelles** : *facultés dont le jeu s'intercale chez l'individu entre ses perceptions et ses réactions. Elles permettent à l'individu d'adapter au mieux ses réactions aux conditions dans lesquelles il se trouve : en fonction non seulement de la perception qu'il a de ces conditions, mais aussi de ses connaissances acquises et des représentations idéiques qu'il peut créer.*

Ces facultés reliant entre elles les perceptions et les réactions du sujet, ses connaissances acquises et ses représentations idéiques, méritent bien leur qualificatif d' « intellectuelles ».

Ces facultés sont :

L'évocation idéique : *faculté de production et d'évocation mutuelle des représentations idéiques.*

L'intelligence : *faculté de perception, de discernement des rapports des idées entre elles.*

Le jugement : *faculté d'appréciation de la valeur pragmatique (c'est à dire conforme et adéquate à la réalité) des idées ou des faits proposés.* Cette faculté joue un rôle essentiel dans

l'adaptation précise et opportune du sujet aux circonstances. Le jugement est différent de l'intelligence : certains sujets très intelligents n'ont guère de jugement.

La mémoire : *faculté de fixation, de conservation et d'évocation des connaissances (c'est à dire des faits perçus mentalement par le sujet).*

L'imagination : *faculté de construire des arrangements nouveaux à partir de données, réelles ou irréelles, que l'imagination se fixe à elle-même.* L'adaptation à la réalité de ces arrangements nouveaux, à la construction desquels participent aussi l'intelligence et le jugement, pouvant être plus ou moins exacte (inventions de valeur ou songes-creux).

c) **Le caractère** : *ensemble des dispositions cénesthésiques, affectives et actives de l'individu qui jouent un rôle dans la direction de son comportement.*

Cet ensemble est différent chez chaque individu et caractérise cet individu. Il est en général constant — ou tout au moins peu modifié — durant toute la vie de l'individu. Il en est une des caractéristiques les plus fixes, sans doute parce qu'il a ses fondements dans la qualité protoplasmique de l'individu.

Les éléments cénesthésiques perçus par l'individu et qui jouent un rôle important dans son comportement — et méritent bien de ce fait d'être comptés parmi les éléments constitutifs de son caractère — sont :

Le ton cénesthésique. L'individu est doué d'une faculté de perception cénesthésique qui le renseigne plus ou moins nettement sur le déroulement de son activité physique et de son activité mentale : la force, l'ampleur, l'ordre ou le désordre de ce déroulement. Elle le renseigne aussi sur le caractère agréable ou désagréable de ce déroulement.

Ce caractère de convenance — d'agrément ou de désagrément — de l'activité physique et de l'activité mentale, indiqué à l'individu par sa faculté de perception cénesthésique, constitue le « ton cénesthésique » de son activité physique et de son activité mentale.

Le ton cénesthésique agréable caractérise l'euphorie. Il incline le sujet à la joie, à la gaîté, à l'optimisme. Le ton cénesthésique désagréable caractérise les états cénesthésiques pénibles. Il incline le sujet à la tristesse, à l'ennui, au pessimisme.

Le tonus mental : *force de l'activité mentale.*

Cette force assure la vigueur, la solidité, la sûreté des divers actes mentaux et la résistance de l'activité mentale aux influences inhibitrices et perturbatrices (fatigue, découragement, chagrin, doute, etc...).

Le tonus mental est étroitement lié au tonus musculaire et au tonus organique. Ces trois éléments paraissent n'être que des manifestations de la vigueur, du « potentiel » nerveux, neuro-végétatif et organique du sujet : de son « tonus protoplasmique ».

Le sujet a la perception plus ou moins consciente mais fort exacte de son tonus et son comportement en est influencé. L'état cénesthésique de l'individu — état subjectif réalisé par l'ensemble de toutes ses perceptions cénesthésiques — est un des facteurs les plus importants de la psychologie de l'individu. Bien souvent, on n'accorde pas à cet état et aux éléments caractériels qui dépendent de lui toute l'importance qu'ils ont.

L'affectivité : *aptitude — et tendance — de l'activité mentale à participer à tous les éléments, extérieurs ou intérieurs à soi, avec lesquels l'individu doit compter. C'est-à-dire l'aptitude de l'activité mentale à être intéressée, mise en mouvement par ces éléments.*

Elle permet à l'activité mentale de l'individu d'être mise en branle par les éléments que recueille la perception mentale, de se fixer, d'adhérer à ces éléments pour y chercher l'intérêt et l'agrément de l'individu. L'affectivité apparaît en somme comme l'aptitude — et la tendance — de l'activité mentale à « s'embrayer » aux éléments extérieurs ou intérieurs à l'individu pour les connaître et y intervenir au mieux des intérêts de cet individu.

De cette aptitude générale relèvent diverses aptitudes plus spécialement différenciées, toutes importantes à observer au cours de l'examen psychologique et qui sont les suivantes :

La curiosité : *tendance plus ou moins avide et forte de l'activité mentale à s'attacher, à s'appliquer aux objets qui la sollicitent.*

L'intérêt : *état de participation de l'activité mentale à un objet.*

La passion : *état de fixation, d'adhésion, de participation*

intenses et très larges de l'activité mentale à un objet donné. Les divers caractères de cette participation (intensité, agrément ou désagrément) étant très vivement ressentis par la cénesthésie mentale.

L'émotion : *changement brusque et important du régime de l'activité mentale — et aussi physique — qui peut survenir à l'occasion de toute perception mentale assez vive. Ce changement brusque du régime de l'activité étant toujours vivement ressenti par la cénesthésie mentale dans ses caractères d'intensité, d'ampleur, d'agrément.*

L'émotivité : *aptitude du sujet à avoir, à l'occasion de perceptions mentales vives, des variations brusques et importantes du régime de son activité — activité mentale et activité physique intimement intriquées et solidaires. —*

Les tendances affectives : *tendances de l'activité à rechercher tels ou tels modes d'action qui conviennent le mieux à son régime momentané. La réalisation de ces modes d'activité constituant un plaisir, une jouissance.*

Les tendances affectives sont nombreuses. Les principales à examiner chez un enfant sont :

— *les tendances égoïstes* (égoïsme, avidité) : tendance à la conservation de l'intégrité personnelle ; tendance à éviter ce qui est désagréable, tendance à rechercher ce qui est agréable (appétence au plaisir, tendance à la prééminence, tendance à attirer l'intérêt de ses semblables) ;

— *les tendances familiales :* affection pour les parents ;

— *les tendances sociales :* altruisme (bienveillance pour autrui, bonté) ; sociabilité (agrément à la fréquentation de ses semblables et désir de leur société) ; conformisme social (approbation et acceptation des règles sociales) ;

— *les tendances morales et éthiques :* connaissance du caractère moral et éthique des faits, sensibilité à ce caractère, attribution d'une préférence au bien et au beau, plaisir à faire du bien et du beau.

Les sentiments : *dispositions de l'activité résultant de la composition de ses tendances affectives d'une part et des acquisitions antérieures du sujet d'autre part.* Ex. : crainte, haine, soumission, amour, mépris.

Les principaux sentiments à examiner chez l'enfant sont ceux qu'il a à l'égard des facteurs importants dans sa situation : sentiments à l'égard de son entourage familial, de son

milieu scolaire ou professionnel, de la société, de la religion.

Les intentions, les désirs, les projets de l'enfant sont particulièrement révélateurs de ses sentiments et par là importants à connaître.

L'humeur : *disposition de l'activité à l'égard des objets qui la sollicitent.*

Cette disposition est plus ou moins favorable ou défavorable selon que le régime momentané de l'activité s'accorde plus ou moins avec l'objet qui la sollicite à ce moment. Elle varie ainsi selon les objets et pour le même objet selon les moments.

L'ampleur de ces variations est différente selon les sujets : les uns sont d'humeur « variable », les autres d'humeur « égale ».

Humeur et caractère ne sont pas synonymes : un individu de bon caractère peut avoir des moments de mauvaise humeur, un individu de mauvais caractère peut avoir des moments de bonne humeur, un même individu peut avoir des moments de bonne humeur et d'autres de mauvaise humeur.

L'activité. L'activité, tant psychique que motrice, se manifeste selon trois modes hiérarchisés, spécialisés chacun en vue de certaines réactions auxquelles leur nature les rend plus particulièrement aptes. Ces trois modes sont :

— **l'activité automatique** : *activité plus ou moins inconsciente, répondant à l'excitation provocatrice sans intervention d'aucune réflexion ni d'aucune direction choisie par le sujet, d'une façon absolument indépendante de son choix et de sa volonté : elle est totalement incontrôlable ;*

— **l'activité spontanée** : *activité partiellement consciente, mais très imparfaitement dirigée par la conscience : elle est peu contrôlable par l'individu ;*

— **l'activité volontaire** : *activité consciente, dirigeable par l'individu qui l'applique selon son choix à tel ou tel objet ; qui peut aussi l'augmenter dans une certaine mesure : cette production supplémentaire d'activité volontaire constituant l'effort.*

Cette production supplémentaire peut être abondante et facile ou au contraire faible et difficile selon que l'individu est plus ou moins muni d'activité volontaire.

Cette activité volontaire assure les actes délicats dont l'exécution est dirigée par la conscience.

Ces divers modes d'activité ne sont d'ailleurs pas séparés de façon absolue, il y a entre eux au contraire tous les degrés de transition.

Il est nécessaire au cours de l'examen mental de l'enfant d'apprécier ces divers modes d'activité, car ils présentent selon les sujets des variations dans leur importance et dans leurs proportions respectives : l'activité spontanée prédominant chez certains, l'activité volontaire prédominant chez d'autres. D'autre part, selon l'importance et les proportions respectives de ces divers modes d'activité, l'activité globale résultante de ces trois activités composantes variera elle-même d'abondance et de type et sera surtout spontanée s'il y a prédominance chez l'individu de l'activité spontanée, ou surtout volontaire s'il y a prédominance chez lui de l'activité dirigeable.

La volonté *est la faculté d'application de la partie dirigeable de l'activité à tel objet choisi par le jugement.*

La volonté peut appliquer cette activité dirigeable à appuyer l'activité spontanée et l'activité automatique si l'objet de ces activités est approuvé par le jugement ou au contraire à freiner et à contenir ces activités, si leur objet est réprouvé par le jugement. La volonté tend ainsi à assurer au sujet le renforcement ou la contention de son activité globale : en somme la direction et le contrôle de cette activité.

La capacité de contrôle est d'autant meilleure chez un individu que sa volonté est plus forte et que l'activité dirigeable dont il dispose est plus importante. Ces deux facteurs de contrôle de l'activité globale : force de la volonté et importance de l'activité dirigeable dont dispose l'individu sont l'un et l'autre indispensables à apprécier au cours de l'examen mental.

L'attention *est l'état de fixation de l'activité mentale à un objet.*

L'attention est dite spontanée quand cette fixation s'est faite de façon plus ou moins inconsciente, sans choix délibéré du jugement, sans l'action de la volonté : elle intéresse seulement l'activité spontanée.

L'attention est dite volontaire quand cette fixation s'est faite sous l'action de la volonté, après un choix délibéré et conscient du jugement : elle intéresse l'activité volontaire et sous la direction de celle-ci l'activité spontanée.

Le comportement *est l'ensemble des réactions de l'individu.*

Il est enfin utile d'apprécier la **constitution mentale** que quelques-uns des éléments psychologiques observés pourraient déjà déceler chez l'enfant.

Tels sont les divers éléments qu'il nous paraît nécessaire de passer systématiquement en revue au cours de l'examen mental pour avoir de la psychologie de l'enfant une connaissance à peu près complète.

Ces définitions, volontairement brèves, n'indiquent sans doute pas toutes les nuances d'éléments psychologiques tous complexes. Nous pensons cependant qu'elles permettent de différencier des éléments qui ne doivent pas être confondus. Il nous a paru aussi à l'usage qu'elles indiquent assez bien les manifestations cliniques sur lesquelles l'observateur doit pratiquement fixer son attention pour apprécier les éléments mentaux qu'elles définissent.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

tenue à l'Aula de l'Université de Berne le vendredi 24 juillet 1936

Sous la présidence de M. le Docteur O. CROUZON
Président de l'Association

ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL

Le procès-verbal de l'Assemblée générale, tenue à la Faculté de Médecine de Bruxelles, le 24 juillet 1936, est adopté.

M. Pierre COMBEMALE, *Secrétaire général.* — La correspondance comprend :

Une lettre de Son Excellence M. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique nous transmettant une invitation à envoyer des délégués à la réunion annuelle de la « Royal Medico-Psychological Association » qui se tenait à Folkestone du 1er au 4 juillet 1936. Aucun membre du Conseil n'ayant pu se rendre libre à cette époque, non plus que les membres de l'Association que j'ai pu toucher, je vous ai excusés auprès du Secrétaire général de la « Royal Medico-Psychological Association » et l'ai prié de dire au Président et aux membres du Congrès tous nos regrets de n'avoir pu déléguer un de nos membres et tous nos souhaits pour cette manifestation.

Des lettres des professeurs BOSCHI, de Ferrare, D'HOLLANDER, de Louvain, DONAGGIO, de Bologne, FROMENT, de Lyon, FRIBOURG-BLANC, de Paris, LEY, de Bruxelles, NISSL VON MAYENDORF, de Leipzig, SANTENOISE, de Nancy, J. SEBEK, de Prague, SOBRAL CID, de Lisbonne, VAN BOGAERT, d'Anvers qui, retenus par leurs obligations universitaires, regrettent infiniment de ne pouvoir assister aux séances de notre Congrès ; des

télégrammes et des lettres des Docteurs LAGRIFFE, VURPAS, BRUNERIE, GAUTHIER et RICHER qui s'excusent de ne pouvoir participer à la XL[e] session de nos Congrès.

Une lettre de la Société danoise de neurologie qui nous remercie de l'invitation que vous lui avez faite tenir de se faire représenter à notre Congrès et ses regrets les plus vifs qu'aucun de ses membres ne puisse cette année se rendre en Suisse à cette occasion. La Société danoise de neurologie nous adresse ses vœux les plus vifs pour le succès de notre Congrès.

Une lettre de la Société néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie qui nous remercie de l'invitation que vous lui avez faite tenir de se faire représenter à notre Congrès et ses regrets les plus vifs qu'aucun de ses membres ne puisse cette année se rendre en Suisse à cette occasion. La Société néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie nous adresse ses vœux les plus vifs pour le succès de notre Congrès.

Une lettre de regrets de M. Winfred OVERHOLSER, Commissionnaire de la « Commonwealth of Massachusettes », de ne pouvoir déléguer un des membres de cette association à la session de notre Congrès.

Une lettre du Docteur DESLOGES, Directeur général du Secrétariat de la Province de Québec, qui s'excuse de ne pouvoir, cette année, désigner aucun délégué à la session de notre Congrès.

Une lettre de M. CLIFFORD W. BEERS, Secrétaire général du Comité international d'Hygiène mental, qui vous remercie très vivement de l'invitation que vous lui avez fait tenir de désigner un délégué pour assister à cette session, et ses regrets de ne pouvoir répondre à notre appel.

Une lettre du Prof. V. BRONNER, Directeur du Bureau d'Information Sanitaire pour l'étranger de l'U.R.S.S., vous faisant connaître que le commissariat du peuple à la Santé publique vous exprime sa profonde reconnaissance de l'avoir invité à désigner des délégués à notre Congrès et son regret de ne pouvoir y participer.

Une invitation de la Société de Médecine Mentale de Belgique et de la Société belge de neurologie qui organise, les 26 et 27 septembre, le XII[e] Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

La première réunion doit se tenir à Corbeek-Loo, près de Louvain : elle sera consacrée à la psychiatrie. Le Docteur Rouvroy y présentera un rapport sur « *l'intelligence chez les malades mentaux* » ; le dimanche 27 septembre, le Congrès siégera à Bruxelles, s'occupera de questions de neurologie et entendra un rapport du Docteur Massio-Verniori sur « *les tumeurs du lobe temporal* » ; des séances de communications sur des sujets divers de psychiatrie et de neurologie auront lieu les 26 et 27 septembre. La Société de Medecine mentale de Belgique et la Société belge de neurologie invitent notre Association à se faire représenter au cours de cette XII[e] session.

L'Assemblée décide de se faire représenter au XII[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie par MM. Crouzon, Président ; Olivier, Vice-Président ; René Charpentier, Euzière et Raviart, anciens Présidents ; Desruelles, membre du Conseil ; Hamel, membre de l'Association et Combemale, Secrétaire général.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Messieurs,

Conformément à l'article 8 des statuts, votre trésorier va vous soumettre :

1° Le compte rendu financier de la 39[e] session (Bruxelles).

2° Les comptes de l'Association pour l'exercice 1935.

3° Le projet du budget pour l'exercice 1936, qu'il vous demande de vouloir bien approuver.

Votre Bureau enregistrait l'an dernier avec satisfaction une augmentation sensible du nombre des membres titulaires de l'Association. Depuis le Congrès de Bruxelles, une vingtaine d'inscriptions nouvelles nous permettent d'escompter à bref délai le chiffre de 220. Je me permets de vous rappeler de nouveau que le nombre des membres titulaires de l'Association n'est pas limité et que pour le devenir, il suffit d'être Docteur en Médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration.

La cotisation annuelle de 75 francs dispense les membres titulaires de cotisation à la session du Congrès, ils reçoivent, dès leur publication, un exemplaire des rapports et du volume des comptes rendus de la session.

Je crois devoir rappeler que tout membre qui n'a pas notifié sa démission par lettre, adressée au Président, avant le début de l'année courante, reste membre de plein droit et doit sa cotisation, exigible dès le mois de janvier.

Votre trésorier prie les membres titulaires de l'Association de vouloir bien lui envoyer leur cotisation annuelle, le plus tôt possible, afin d'éviter des frais de correspondance et un surcroît de travail.

Votre Bureau a décidé que le recouvrement par la poste aurait lieu désormais pour tous les membres de l'Association n'ayant pas acquitté leur cotisation avant le 1er juillet.

J'ai le plaisir et le devoir d'adresser à MM. les Médecins-Directeurs et Directeurs des Asiles publics ou privés, nos bien vifs remerciements pour avoir répondu plus nombreux à l'appel que votre secrétaire général et votre trésorier leur adressent tous les ans, en vue de l'inscription de leur établissement à notre Congrès. Cela permet aux Asiles d'avoir dans leur bibliothèque les rapports et le volume des comptes rendus publiés par l'Association.

Je crois utile de vous donner tous les ans des précisions sur l'administration de vos finances.

Les titres constituant le capital mobilier sont au nominatif, conformément aux statuts, et sont en dépôt au Crédit du Nord.

Les récépissés et les pièces comptables de l'Association sont dans un coffre-fort, en location à l'Agence E.M. du Crédit du Nord, où nous avons un compte-courant.

Titres, comptes, location sont au nom de l'Association du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Nous avons aussi un compte chèque postal : Paris 456-30.

Votre trésorier voit sa tâche simplifiée par une cordiale collaboration avec notre secrétaire général, le Professeur COMBEMALE, qui administre l'Association avec un grand dévouement et une activité souriante et féconde ainsi que le disait si justement l'an dernier notre distingué Président, le Docteur René CHARPENTIER, et avec notre secrétaire général annuel, le Docteur FOREL, dont je ne saurais trop louer les initiatives heureuses, et qui n'a ménagé ni son temps, ni sa peine, avec la collaboration, si utile et si précieuse, de nos secrétaires locaux, les Docteurs RIGGENBACH, BINSWANGER, DE PALÉZIEUX, BERSOT, dans la préparation de ce beau Congrès, présidé avec tant d'autorité par deux des membres les plus distingués, les plus sympathiques et les plus assidus de nos Congrès, les Docteurs O. CROUZON et RÉPOND.

COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXXIXe SESSION

BRUXELLES (22-28 Juillet 1935)

Le compte financier s'établit ainsi :

Recettes

1° *Cotisations.*

Membres titulaires à vie	1 à 1.500 fr.	1.500	»
Membres tit. de l'Association	175 à 75 fr.	13.125	»
Membres adhérents	136 à 80 fr.	10.880	»
Membres associés	113 à 50 fr.	5.650	»
Total		31.155	»

2° *Cotisations des Asiles.*

1 Asile à 500 fr.	500	»
3 Asiles à 100 fr.	300	»
30 Asiles à 80 fr.	2.400	»
Total	3.200	»

3° *Subvention du Gouvernement belge.*

(Ministère de la Justice) (15.000 fr. Belge)	7.695	»
Subvention des Sociétés Belges de Médecine Mentale. Neurologie et otoneuroophtalmologie (3.000 fr. B.)	1.538	40
Subvention du Ministère des Affaires Etrangères ..	néant	
Total	9.233	40
Total général	31.155	»
	3.200	»
	9.233	40
Total des recettes	43.588	40

Dépenses

Imprimerie Coueslant	20.587	50
Frais de secrétariat à Bruxelles et divers	3.052	75
Soirée du Congrès aux Archiducs	10.328	»
Déjeuner Cité Universitaire	1.700	»
Agence Exprinter (Transports)	1.350	»
Frais divers du Secrétaire général	1.189	50

Imprimerie à Lille	284 »
Quittance Assurance Incendie « La Paternelle » (Volumes du Congrès)	104 50
Frais divers de trésorerie : Imprimerie à Paris, frais encaissement, Correspondance, etc.	835 75
Remboursement	20 »
Total	39.452 »

Balance

Recettes	43.588 40
Dépenses	39.452 »
Excédent de Recettes	4.136 40

COMPTE RENDU FINANCIER DE L'ASSOCIATION POUR L'EXERCICE 1935

Recettes

Avoir en Banque au 1er janvier 1935	3.232 89
Arrérages et intérêts	11.114 12
Virement compte Congrès de Lyon	28.331 32
Vente Volume du Congrès	1.572 »
Agios	139 67
Total	44.390 »

Dépenses et remploi de fonds

Achat 10 Bons Trésor 4 % 1935 à 3, 6, 12 ans	9.800 »
Achat 10 Obligations P.T.T. 5 % 1935	9.100 »
Achat 15 Obligations Crédit National 5 % 1935	14.700 »
Location coffre, frais, garde, impôts	114 60
Total	33.714 60

Balance

Recettes	44.390 »
Dépenses	33.714 60
Excédent de Recettes	10.675 40

SITUATION FINANCIÈRE DE LA CAISSE DE RÉSERVE DE L'ASSOCIATION DU CONGRÈS AU 31 DÉCEMBRE 1935

1° *Capital mobilier représenté par :*

2.000 fr. Rente française 3 % perp., nominative.
7.267 fr. 50 Rente française 4 1/2 % 1932 A., nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 1/2 % 1933, am. à 150 %, nom.
15.000 fr. cap. Bons Trésor 5 % 1933 à 5 ans, nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 % 1934, am. à 140 %, nom.
10.000 fr. Bons Trésor, 4 1/2 % 1934 à 3, 6, 10 ans, nom.
10.000 fr. cap. Bons Trésor 4 % 1935/47 nom.
10.000 fr. cap. Obl. P.T.T. 5 % 1935, nom.
15.000 fr. cap. Obl. Cr. Nat. 5 % 1935 à Lôts, nom.

2° *Espèces :*

Solde créditeur en Banque	10.675 40

PROJET DU BUDJET 1936

Voici le projet de budget de l'exercice 1936, que je vous demande de vouloir bien voter, conformément à l'article 8 des statuts :

Recettes

Cotisation des membres titulaires (180 à 75 fr.)	13.500 »
Cotisation des membres adhérents à la 40e Session (80 à 80 fr.)	6.400 »
Cotisation des membres associés à la 40e Session (75 à 50 fr.)	3.850 »
Cotisation des Asiles publics et privés	2.800 »
Intérêt de la dotation et du compte courant	11.114 12
Solde créditeur (Banque, Chèques Postaux, compte Bruxelles et Caisse au 1er janvier 1936)	15.176 45
Subventions diverses	mémoire
Total	52.840 57

Dépenses

Impressions diverses (Estimation)	25.000 »
Réceptions diverses en Suisse par l'Association	25.000 »
Frais de Secrétariat, Trésorerie	15.000 »
Total	65.000 »

Balance

Recettes	52.840 57
Dépenses	65.000 »
Déficit	12.159 43

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Pierre Combemale, *Secrétaire général.*

Mes chers collègues,

J'ai le triste devoir de vous dire combien notre Congrès à été éprouvé encore, cette année, par le décès de MM. Jean Reboul-Lachaux (de Marseille), Courtois (de Chézal-Benoit), Ollivier (de Lehon) et Mahon (de Mont-de-Marsan), que vous aviez eu l'occasion de rencontrer souvent aux sessions de notre Congrès : ce sont des pertes, par nous tous, cruellement senties.

Le Docteur Vignaud vous a présenté son rapport financier. Vous n'avez pas ménagé vos applaudissements comme approbation d'une gestion parfaite, l'un des éléments dominants de la prospérité d'une association. Je pense quant à moi qu'il mérite qu'il soit à l'honneur aujourd'hui car durant toute l'année il consacre beaucoup de son temps à veiller sur les finances de notre Association. Il faut bien le dire, sa tâche serait un peu simplifiée si nos collègues voulaient bien lui envoyer leur cotisation au premier appel.

Personnellement, Messieurs, ma tâche s'est réduite à peu de choses. Préparer une session dont les prémices s'annoncent engageantes, coordonner un ensemble qui ne demande qu'à s'assembler, n'est pas très difficile, surtout que les Conseils du Président Crouzon sont toujours sûrs et agréables à suivre, que notre Président suisse, Répond, est un animateur précieux, toujours de bonne humeur, et que les qualités d'ordre, de méthode, de précision du Secrétaire général local, Forel, retirent au Secrétaire général permanent beaucoup de soucis et de démarches.

Cette année, notre session est itinérante, ce qui semblerait, à première vue, devoir compliquer la tâche des organisateurs : mais à Bâle, à Zurich, à Berne, à Neuchâtel, des Comités locaux

se sont formés sous l'égide du Professeur Staehelin à Bâle, du Professeur Maier à Zurich, du Professeur Klaesi à Berne, du Docteur Koller à Neuchâtel. Ces Comités locaux ont proposé et préparé des réceptions somptueuses. Je crains que tous nous soyons d'accord pour trouver que ce qualificatif est insuffisant. Nos collègues Riggenbach à Bâle, Kurt Binswanger à Zurich, de Palézieux à Berne et Bersot à Neuchâtel ont été les chevilles ouvrières de ces organisations locales, et leur aide fut inestimable. Permettez-moi de les remercier, ici, très chaleureusement.

Messieurs, le nombre des membres titulaires de notre Association s'est encore accru cette année. Se sont inscrits :

Mlle le Docteur Andrée Deschamps, de Rodez. Parrains : MM. les Docteurs Guiraud et Ey.

M. le Docteur Paul Descomps, de Paris. Parrains : M. le Docteur Crouzon et Prof. Laignel-Lavastine.

M. le Docteur Rémy Courjon, de Meyzieu. Parrains : MM. les Docteurs Vignaud et Collet.

M. le Docteur A. Sizaret, de Lorquin. Parrains : Prof. Combemale et Docteur Duchêne.

M. le Docteur Marcel Monnier, de Zurich. Parrains : Prof. H. W. Maier et Docteur Péron.

M. le Docteur Julien Rouart, de Paris. Parrains : MM. les Docteurs Picard et Ey.

M. le Docteur A. Brunerie, de Lyon. Parrains : Prof.-Doyen Lépine et Prof. Dechaume.

Mlle le Docteur Elizabeth Cullerre, de Nancy. Parrains : M. le Docteur Hamel et Prof. Combemale.

M. le Docteur Savoy, de Malévoz-Monthey. Parrains: MM. les Docteur Répond et Flournoy.

M. le Docteur Camille Pouffary, de Pont-l'Abbé-Pécauville. Parrains : MM. les Docteurs Rougeon et Vignaud.

M. le Docteur Georges de Morsier, de Genève. Parrains : MM. les Docteurs Forel et de Saussure.

M. le Docteur Kurt Binswanger, de Zurich. Parrains : Prof. H. W. Maier et Docteur Répond.

M. le Docteur N. Beno, de Malévoz-Monthey. Parrains : MM. les Docteurs Répond et Forel.

M. le Docteur Maurice Feuillade, de Lyon. Parrains : Prof.-Doyen J. Lépine et Docteur René Charpentier.

M. le Docteur Mir Sepassy, de Téhéran. Parrains : MM. le Docteur Crouzon et Prof. Pommé.

M. le Docteur Riggenbach, de Bâle. Parrains : Prof. Combemale et Docteur Vignaud.

Mme le Docteur Riggenbach, de Bâle. Parrains : Prof. Combemale et Docteur Vignaud.

M. le Docteur Triqueneaux, d'Avesnes. Parrains : Prof. Raviart et Combemale.

M. le Docteur P. Guisan, de Lausanne. Parrains : MM. les Docteur Répond et Hamel.

M. le Docteur Aubin, de Paris. Parrains : Prof. Porot et Docteur René Charpentier.

La tenue scientifique de notre Association continue à être brillante, comme elle fut dans le passé.

Nous avons eu, cette année encore, des rapporteurs dont la tâche lourde et délicate a été à la hauteur de leur réputation. La liste des communications témoigne toujours d'une belle vitalité de notre Association ; aussi le volume des comptes rendus se présente-t-il comme un raccourci de l'état actuel de la science neurologique et psychiatrique et de leurs perspectives d'évolution.

Je ne voudrais pas terminer ce rapport moral sans dire combien nous avons tous ressenti le lustre qui a rejailli sur notre association en apprenant que l'un des nôtres, M. le Professeur Laignel-Lavastine, avait été élu membre titulaire de l'Académie de Médecine de Paris.

ELECTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR 1937

M. le Docteur Crouzon, *Président*. — Conformément à l'article 5 des statuts, le Vice-Président, élu pour un an, devient Président à la fin de l'année. M. le Docteur Maurice Olivier, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois, sera donc Président pour l'année 1937.

Le Conseil d'administration vous propose, pour la vice-présidence, le nom du Docteur Th. Simon, ancien Président de la Société médico-psychologique, Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle, de Paris.

Election du Vice-Président :

Nombre de votants	40
Majorité absolue	21

On obtenu :

M. Th. SIMON	38 voix
M. OLIVIER	1 —
Prof. LAIGNEL-LAVASTINE	1 —

Le Docteur Th. SIMON est élu Vice-Président pour 1937 et sera de droit Président de l'Association pour 1938.

Le Conseil d'Administration a choisi M. le Docteur VIGNAUD comme *trésorier.*

Le secrétaire général, une fois élu, conserve ses fonctions tant qu'il n'en a pas été relevé par l'Assemblée.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour 6 ans et renouvelés par 1/3 tous les 2 ans, disent les statuts.

Sortent cette année MM. P. COURBON et H. ROGER.

Le Conseil d'Administration remercie très vivement ces deux collègues du concours si précieux et actif qu'ils ont apporté au fonctionnement de notre Association.

L'Assemblée s'associe à ces remerciements.

Puisque, statutairement, MM. COURBON et ROGER ne sont pas immédiatement rééligibles, le Conseil d'Administration vous propose, à l'unanimité, de nommer à leur place MM. le Professeur BARRÉ et le Docteur René CHARPENTIER.

Election de deux membres du Conseil :

Nombre de votants	40
Majorité absolue	21

Ont obtenu :

M. René CHARPENTIER	39 voix
M. BARRÉ	38 —
Bulletin nul	1

MM. René CHARPENTIER et BARRÉ sont élus membres du Conseil d'Administration de l'Association pour une durée de six ans.

Le Conseil d'Administration est donc composé ainsi pour 1937 :

Président : M. le Docteur M. Olivier.

Vice-Président : M. le Docteur Th. Simon.

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale.

Membres : MM. Donaggio, Vignaud, Desruelles, Répond, René Charpentier, Barré.

Trésorier (choisi par le Conseil d'Administration) : M. le Docteur Vignaud.

ORGANISATION DE LA XLIe SESSION

Sur l'invitation d'un groupe de médecins aliénistes et neurologistes de la région nancéenne, l'Assemblée générale décide, à l'unanimité, de tenir à Nancy, du 17 au 22 mai 1937, la XLIe session du Congrès, sous la présidence de M. le Docteur Olivier.

Conformément au règlement, le Bureau de l'Association sera le Bureau de la session.

A ce Bureau est adjoint un Secrétaire annuel chargé d'assister le Secrétaire général dans l'organisation locale de la session.

Sur la proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée générale désigne par acclamation M. le Docteur J. Hamel, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy, pour remplir les fonctions de secrétaire annuel.

Les *rapports* et *rapporteurs* suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus.

Rapporteur : M. le Docteur R. Bargues, Médecin-Chef des Asiles.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les atrophies cérébelleuses-primitives.

Rapporteur : M. le Docteur N. Péron, Médecin des Hôpitaux de Paris.

3° RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues.

Rapporteur : M. le Médecin-Commandant POMMÉ, Professeur au Val-de-Grâce, de Paris.

SIÈGE DE XLIIe SESSION

Par lettre du 12 juillet 1934, le Gouverneur général de l'Algérie a porté officiellement à notre connaissance qu'il serait particulièrement flatté que le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française tînt une de ses prochaines sessions à Alger. Il ajoutait qu'il serait heureux de présenter aux Congressistes les organisations d'assistance mentale dont elles poursuivent la réalisation. Cette invitation a été retenue par l'Assemblée générale, qui s'est tenue à Lyon en juillet 1934.

L'Assemblée générale décide de désigner comme siège de la XLIIe session, Alger, et retient comme dates celles du 6 au 12 avril 1938.

L'organisation de cette session sera fixée sur la proposition du Conseil d'Administration qui se tiendra à Nancy au mois de mai 1937.

Cependant, sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée décide, par acclamation, que le Secrétaire annuel, chargé d'assister le Secrétaire général dans l'organisation locale de la session, sera le Professeur Porot, d'Alger.

L'Assemblée décide, en outre, de désigner dès maintenant les rapports et les rapporteurs.

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales.

Rapporteur : M. le Professeur D. SANTENOISE, de Nancy.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les problèmes neurologique et psychiatrique immédiats et tardifs des traumatismes craniens.

Rapporteur : Dr Paul Schmitte, ancien Chef de Clinique des maladies nerveuses de la Faculté de Médecine de Paris, Assistant de neuro-chirurgie à la Salpêtrière.

3° RAPPORT D'ASSISTANCE

L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies.

Rapporteur : M. le Médecin-Capitaine des Troupes Coloniales Aubin, Médecin-Chef des Asiles publics d'aliénés de France.



Le Secrétaire général croit devoir rappeler que ceux des membres adhérents qui sont Docteurs en Médecine peuvent demander leur inscription sur la liste des membres titulaires de l'Association. La cotisation de membre titulaire est due dès le début de l'année, comme dans toute Société, et dispense de cotisation aux sessions organisées par l'Association. Les membres titulaires de l'Association sont invités à chaque session, sans avoir à s'inscrire de nouveau, et reçoivent régulièrement dès leur publication les programmes, rapports, comptes rendus, etc.

Il rappelle également aux membres du Congrès de bien vouloir adresser au Secrétaire général, un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Comment s'étonner qu'une session se tenant en Helvétie attire tant de participants ! La Suisse n'est-elle pas le pays où l'accueil est le plus cordial ; n'est-elle pas la patrie de la thérapeutique, cet art qui exige tant de connaissances et tant de cœur ? On y vient dans un cadre idéal s'instruire sur place des derniers perfectionnements de l'art de guérir, visiter des Maisons de Santé, des cliniques, des sanatoria, dont la réputation s'étend loin dans le monde ; on s'y rend aussi pour goûter tout le charme d'une hospitalité qui est toujours somptueuse.

Cette XL[e] session restera célèbre dans la mémoire des nombreux participants par le faste des réceptions, l'enthousiasme de l'accueil, l'affectueuse et cordiale sympathie qui n'a cessé de régner du premier au dernier jour.

Bâle, Zurich, Berne, Neuchâtel ont reçu les Congressistes avec tout leur cœur. Visite d'établissements remarquables, réceptions grandioses, excursions splendides mettaient l'humeur en joie malgré un ciel qui fut parfois inclément.

Durant les séances de travail, les dames qui avaient accompagné les Congressistes furent l'objet d'attentions si délicates et touchantes de la part de leurs hôtes qu'elles ont tenu à ce qu'il soit fait mention de leur sympathie et de leurs remerciements dans le volume officiel des comptes rendus.



Déjà la veille du Congrès, à Bâle, les festivités commencèrent. Le dimanche matin, les psychiatres purent assister nombreux à la réunion de la Commission de psychothérapeutique de la Société suisse de Psychiatrie. L'après-midi, par un soleil radieux eut lieu la visite du Gotheanum de Dornach, ce célèbre temple des anthroposophes. Perché sur son piton, il contemple la campagne bâloise de sa grosse masse tourmentée, qui cherche à exprimer une idée abstraite comme s'est efforcé à nous le faire comprendre le D[r] Schoch, dans les quel-

ques principes d'anthroposophie qu'il nous exposa. Quelques instants plus tard, le D[r] et Mme Brodbeck recevaient les Congressistes dans le vieux château de Reischenstein, pavoisé aux armes de Bâle-Campagne : c'est un vieux, très vieux château, dont la restauration est un chef-d'œuvre de vérité et de goût ; dans un cadre champêtre, délicieux, à l'ombre fraîche des bois, un buffet succulent était servi : il fut joyeusement accueilli.

Réceptions à la Friedmatt

Le lundi 20 juillet, après la séance inaugurale, les Congressistes visitèrent Bâle en auto-car. Dans chaque voiture, un guide donnait des explications, faisait ralentir devant les monuments les plus caractéristiques, en particulier devant l'admirable Hôtel de Ville, que le temps trop court dont on disposait empêcha de visiter en détail.

A Midi, les Congressistes arrivèrent à la Friedmatt, Clinique psychiatrique de l'Université de Bâle. Par petits groupes, pour que tout pût être vu et que chaque question eût sa réponse, M. le Professeur-Doyen Staehelin, Directeur de la Clinique, M. Christ de Neufville, Président du Conseil d'Administration; M. le D[r] Riggenbach, Mme le D[r] Riggenbach et les collaborateurs du Professeur Staehelin firent visiter aux Congressistes cette belle Clinique psychiatrique, dont la tenue fait honneur à l'Université de Bâle et dont l'activité est un beau titre de gloire pour son Directeur et ses Assistants. Chambres de traitement, salles de malades, laboratoire, services généraux, administration, tout fut parcouru, inspecté, admiré. Au lunch, M. le Professeur-Doyen J. Staehelin souhaita à ses hôtes la bienvenue la plus cordiale :

Mesdames et Messieurs,

Le temps est court, et la séance d'inauguration, la promenade en ville et la visite de notre clinique vous ont déjà un peu fatigué. Malgré tout, je ne peux pas renoncer, en ma qualité de directeur de la Clinique psychiatrique Friedmatt, de vous souhaiter une cordiale bienvenue et également, en ma qualité de doyen de la Faculté de médecine de Bâle, à vous apporter les salutations cordiales et les meilleurs vœux de tous les médecins de Bâle.

Lors de la séance officielle, vous avez été salués par un représentant du gouvernement et par le recteur de l'Université de Bâle qui vous ont parlé des rapports politiques et culturels que la Suisse, et surtout la ville de Bâle, ont toujours eu avec les pays latins et qui les lient aujourd'hui plus que jamais, dans des temps où la force despotique semble jouer un rôle plus grand que la culture et la liberté. Surtout nous, psychiatres et neurologues, sommes forcés de suivre ce développement avec angoisse, parce que l'histoire de la psychiatrie c'est l'histoire de la délivrance des aliénés de liaisons intérieures et extérieures. Cette délivrance a été préparée aussi à Bâle, quand, au XVI[e] siècle, sous l'influence de l'humanisme et de la réformation, des hommes comme Paracelsus et Plater ont commencé à combattre les idées démonologiques concernant la nature des psychoses et les ont remplacées par des idées de science naturelle. Mais, la délivrance des aliénés est partie de la France : c'est la suite des idées de la Révolution française et c'est le mérite de Pinel et Esquirol. Ce développement de la force à une délivrance très grande a été faite dans notre clinique, dans les cinquante ans de son existence. Vous aurez vu, lors de votre visite dans notre établissement, que nous nous efforçons d'adapter notre clinique à un hôpital pour malades corporels, même de nous rapprocher à un bon hôtel suisse. De ce fait, la peur d'un traitement dans une maison d'aliénés a disparu grandement aujourd'hui. Le tiers de nos malades viennent spontanément dans la clinique. Une quantité aussi grande quitte la clinique le dimanche seule ou accompagnée d'un membre de sa famille. Beaucoup de nos malades travaillent pendant la journée dans nos établissements, même après avoir quitté la Friedmatt, et restent en contact régulier avec nous par des visites de l'assistante sociale, la policlinique psychiatrique et le traitement familial.

Mesdames et Messieurs, je ne dois pas finir cette courte allocution sans vous souhaiter la bienvenue comme citoyen bâlois. La Friedmatt touche directement à l'Alsace. Beaucoup de liens nous lient avec nos voisins. Beaucoup de vieilles familles bâloises viennent de l'Alsace, de la France, de l'Italie. Beaucoup de nos plus vieilles maisons bâloises sont bâties en « baroque » français. Notre patois ressemble, en bien des choses, à celui de nos voisins alsaciens. Nous nous servons de beaucoup d'expressions françaises. Seulement notre caractère bâlois est devenu différent par la longue évo-

lution historique d'une ville de frontière : il est plus sec, plus défiant, plus réservé, prudent, « schizoïde ». Pourtant, nous sommes très reconnaissants, si l'on ne visite pas seulement notre excellent buffet de la gare, mais aussi notre ville avec toutes ses beautés et surtout nous-mêmes. Je vous remercie de votre aimable visite et je vous souhaite une continuation intéressante avec beaucoup de joie à votre congrès.

Je lève mon verre et je bois à votre santé.

***

Le Président Crouzon, après avoir remercié le Doyen Staehelin, M. Christ de Neufville, le Dr Riggenbach et les Drs Binder, Dukar et Brugger de leurs réceptions, invoqua le souvenir de Paracelse et particulièrement celui de son passage à Bâle.

Paracelse, de son vrai nom Philippe-Auréole-Théophraste Bombast de Hohenheim, est né à Einsiedeln en 1493 et est mort à Salzbourg en 1541.

Le nom de Paracelse semble être la traduction de Hohenheim (haute demeure).

Nous avons déjà vu qu'à la Renaissance, c'était une sorte d'anoblissement, pour les intellectuels, de se donner des noms à désinence gréco-romaine.

Paracelse a été très discuté pendant sa vie et jusqu'à nos jours ; il a été considéré longtemps comme un charlatan faisant l'alliance de la médecine, de la chimie, de la magie et de la théosophie ; cependant, actuellement, il excite de nouveau la curiosité et tout récemment encore, les membres de la Société d'Histoire de la Médecine recevaient l'annonce d'une publication complète des ouvrages de Paracelse en 14 volumes. La raison de cette publication est, d'après l'éditeur, la suivante : la médecine classique stricte, l'homéopathie, la médecine populaire, la médecine naturelle, la chimie, la pharmacie, la philosophie de la nature, les courants occultes, peuvent, non seulement voir en Paracelse un précurseur, mais ils trouvent même dans ses œuvres, une riche moisson de faits positifs qui pourront servir d'hypothèses pour les travailleurs de l'avenir.

Paracelse a été l'objet de nombreuses études récentes. Je citerai l'étude de Moon, au Congrès d'Histoire de la Médecine en 1925. Je citerai également l'ouvrage de Mme Anna Stoddart

sur la vie de Paracelse. Browning, en 1833, a écrit un poème sur Paracelse. Le Dr Sudhoff a fait une étude critique sur Paracelse en 1894. Citons également les études de Karl Aberle, de Julius Hartmann, de Franz Strunz, de Leipzig et de Karl Strunz, de Vienne.

Le père de Paracelse exerça la médecine à Einsiedeln et plus tard à Villach en Carinthie, où il est mort en 1534.

L'enfance de Paracelse s'écoula à Einsiedeln, pèlerinage célèbre où se fonda plus tard une Abbaye de Bénédictins. Paracelse partit à Bâle en 1510 : c'est là qu'il prit le nom de Paracelsus. Il apprit l'occultisme à Wulzbourg, puis alla à Schwatz, où il étudia les Mines. C'est là qu'il se mit à apprendre l'alchimie, non pas pour faire de l'or ou de l'argent, mais pour produire les essences souveraines et les employer à guérir les malades. Il avait appris dans son enfance les vertus des plantes aux côtés de son père. C'est dans son premier ouvrage, « Archidoxa », qui contient sa thérapeutique, que l'on voit apparaître la cinquième essence ; tous les corps, dit-il, sont composés de 4 éléments : feu, air, eau-esprit, terre et eau, mais il doit en exister un cinquième qui forme le lien entre l'âme et le corps, c'est la perversion de cette essence qui constitue le principe morbide. C'est à cette essence qu'on attribuait l'activité des remèdes extraits de différents corps ; de là est venue l'expression ironique de Rabelais : « Abstracteur de quintessence ».

Paracelse a énormément voyagé ; il est allé à Vienne, à Cologne, à Paris et il s'est engagé comme barbier-chirurgien dans l'armée hollandaise, puis comme chirurgien-militaire au Danemark et à Stockholm, et comme chirurgien-militaire pour la République de Venise. Ambroise Paré reconnaît, dans ses œuvres, ce qu'il doit à Paracelse.

Paracelse parcourut également l'Europe Centrale, l'Italie, Montpellier, l'Espagne, le Portugal. Il fut, en 1526-1527, Professeur de Médecine à Bâle et fit des cures merveilleuses avec le Labdanum, préparation d'opium. Répudiant Galien et Avicenne, il semble avoir été en rapports avec Erasme qui, cependant, ne se confia pas à lui. Il avait soigné, à Bâle, Froben, l'imprimeur ami d'Erasme, qui s'était cassé le pied et qui l'avait envoyé chercher à Strasbourg.

L'Université de Bâle fut hostile à Paracelse. D'autre part, Paracelse enseignait en allemand comme Luther et on le considérait comme le Luther de la Médecine. Il fut méconnu ;

tout le monde se ligua contre lui, d'autant plus que les étudiants voulaient apprendre ses secrets et non sa science. On le traita de vagabond assumant le titre de « Docteur ». On afficha contre lui un libelle contre les portes des cathédrales et des églises. Quand Froben mourut d'apoplexie, on l'en rendit responsable. Enfin, il dut quitter Bâle, à la suite de l'histoire du Chanoine de la Cathédrale. Lichstenfels, ce Chanoine, avait offert cent florins à qui le guérirait. Paracelse le guérit en trois jours, vraisemblablement avec son opium de Constantinople. Le Chanoine lui offrit six florins. Le Tribunal donna tort à Paracelse (on voit que déjà, dans ce temps, les Tribunaux n'étaient pas tendres pour les médecins). Paracelse prit à partie les Juges. On donna alors l'ordre de le saisir et il s'enfuit de Bâle, la nuit, en 1428.

Il se rendit en Alsace puis en Suisse, puis à Saint-Gall, au Château de Horn, où on lui installa un Laboratoire chimique. Nous ne suivrons pas Paracelse dans sa course vagabonde vers Nuremberg et dans l'Europe Centrale. Il s'adonna alors à la Réforme, fut persécuté par les prêtres et s'en alla vers Innsbruck et, par le Brenner, vers Méran et Salzbourg où il mourut en 1541. Ses funérailles furent solennelles à l'Eglise Saint-Sébastien et au cimetière attenant. Ses restes furent déplacés deux fois. Il existe à Salzbourg une pyramide en marbre : « Ici gît Philippe-Théophrastus », et aujourd'hui encore les pauvres vont prier devant cette pyramide. En 1830, lorsque le choléra menaça Salzbourg, le peuple fit un pèlerinage à ce monument.

Après sa mort, on lui attribua la fabrication occulte de l'or, la possession de la pierre philosophale, la création de l'alchimie, la Rose-Croix qui est le développement de l'emblème de Luther : rose, cœur et croix. En réalité, la Rose-Croix fut une Confrérie fondée 57 ans après la mort de Paracelse.

Quel que soit le jugement que l'on porte dans l'avenir sur Paracelse, il est juste d'évoquer sa mémoire à côté de celle des autres médecins qui ont illustré Bâle.

Visite de l'établissement de Liestal

L'après-midi du 20 juillet, les Congressistes arrivèrent à Liestal par train spécial et gagnèrent l'Etablissement psychiatrique cantonal de Bâle-Campagne où les attendait M. le Conseiller d'Etat Seiler. Ils ne firent que traverser le vieil

asile pour visiter, sous la direction du Dr Stutz, Médecin-Chef, l'Asile neuf, remarquable par sa situation, sa construction ramassée, le luxe de son appareillage intérieur et par sa qualité éminente d'être parfaitement insonore. Sur le terre-plein gazonné qui surplombe l'Etablissement, un goûter champêtre avait été préparé ; il fut servi par d'accortes filles du pays, vêtues de leurs somptueux costumes locaux aux couleurs éclatantes. Elles chantèrent et dansèrent pour nous.

Le Président Crouzon, après avoir remercié M. le Conseiller d'Etat Seiler et M. le Dr Stutz de leur aimable accueil, s'exprima en ces termes :

Je dois à l'obligeance du Dr Charles Ladame, de Genève, les documents relatifs à l'histoire du traitement des aliénés en Suisse.

MM. Charles Ladame et Weber nous ont appris qu'à Bâle le premier essai de traitement des aliénés fut fait dans le Couvent des Cordeliers qui, supprimé au XVIe siècle, servit au logement des aliénés ; derrière l'église, autour d'une cour, s'étendait un Cloître. A l'étage, on disposait de 22 locaux, pour la plupart de sombres cellules.

Au XIXe siècle, un mouvement généreux et humanitaire en faveur des aliénés se dessina à Bâle comme à Genève. Le tableau que Brenner trace du traitement des malades est encore bien sombre : deux grandes chambres divisées en « Block-häuser » avec grosse serrure, les hébergeaient ; ils étaient en partie enchaînés, les malades tranquilles étaient mêlés aux épileptiques et aux cancéreux, les sexes n'étaient séparés que de nuit, le jour ils étaient réunis dans un préau avec des poules, etc... Un « Hausmeister » y régnait à l'aide d'un nerf de bœuf, mettait les chaînes, un bloc aux pieds, etc... Rarement, un médecin faisait visite. On retrouve cet aspect dans le tableau célèbre de Kulbach.

Cependant, en 1804, il y eut un médecin attitré : le Dr Kohler. En 1810, lui succéda le Dr Stäebli dont on retrouve encore de fort bonnes observations médicales. Très doux, il introduisit des réformes, obtint plus de propreté par l'installation d'un bain et inaugura la thérapeutique par le travail ; il obtint même un crédit pour récompenser les malades qui se rendaient utiles. Il fut interdit aux aubergistes de livrer du vin aux aliénés. Le Dr Stäebli avait mauvaise opinion des bains, des douches, des chaises à rotation faisant partie de l'outil-

lage thérapeutique d'alors. Toutefois, les châtiments corporels, bien que limités, étaient encore en usage.

En 1813, on fit un règlement pour le personnel médical, la nourriture, les vêtements, etc...

A Bâle, les luttes politiques de 1830 à 1833 mirent empêchement à la réalisation des projets d'amélioration du traitement des aliénés. Cependant, en 1832, Brenner abolit les mesures coercitives, obtint la construction d'un Asile pour le traitement du système nerveux central ; les aliénés y furent installés en 1842, mais bientôt, on dut établir des annexes et séparer les diverses formes de maladies mentales. En 1855, une annexe reçut les idiots, les hépatiques et les gâteux. Cependant, les aliénés de Bâle-Campagne furent placés, jusqu'en 1853 et 1854, chez les particuliers. Il existait alors des réduits comparables à des niches où l'on pouvait voir ces malheureux le dimanche pour un morceau de pain.

Depuis 1853-1854, fut installé à Liestal une section d'hôpital destinée aux vésaniques. A Bâle, le Professeur Wille, après avoir dirigé et transformé les Maisons de Munster-Lingen, de Rheinau et de Saint-Urban, fut appelé à la chaire de Psychiatrie de Bâle. Il employa toute son énergie et son expérience à l'élaboration des plans et à la réalisation d'un asile-clinique, l'Asile de la Friedmatt, qui fut achevé en 1886. L'Asile de la Friedmatt fut le type, non plus de la caserne, mais de la répartition en pavillons.

Quant à l'Asile de Liestal, il fut agrandi à deux reprises et enfin fut construit l'Asile moderne, qui réalise les dernières perfections et peut servir de modèle pour les futures constructions d'Asiles.

Visite du Burghölzli

Mardi 21 juillet, après une séance de communications qui eut lieu à l'auditoire de la Clinique psychiatrique, au Burghölzli, les Congressistes furent conviés à une légère collation offerte par l'Administration de l'Etablissement. A cette occasion, le Président Crouzon remercia le Professeur Maier, Directeur de la Clinique psychiatrique, les Professeurs de la Faculté de Médecine de Zurich, MM. Hess, Löffler, Minkowski, Nager, Veraguth, Zanger qui venaient de nous présenter toute une série de communications, véritable régal scientifique. Il poursuivit son allocution par un rappel historique du traitement des aliénés en Suisse :

A Zurich, comme à Bâle, c'est l'ancien Couvent des Cordeliers qui servait à héberger les vésaniques ; une Commission en avait la surveillance. C'est en 1813 que Zurich éleva, sur le terrain de l'ancien hôpital, une maison destinée spécialement aux aliénés ; elle contenait 22 places pour guérissables et 100 pour incurables.

C'est en 1870 que Zurich a mis le Burghölzli, dont la situation est magnifique, à la disposition de ces malades ; presque dès le début, il fut encombré et dans l'impossibilité de répondre favorablement aux demandes d'admission venant d'autres cantons.

En raison de la pénurie de places, Zurich fut appelé à hospitaliser des aliénés chroniques et des séniles à Wulflingen, puis dans des Asiles divers des environs, à l'Asile de Rheinau, etc.

Deux hommes surtout ont marqué leur empreinte au Burgholzli. Ce sont Forel et Bleuler, dont les bustes se trouvent dans l'antichambre de l'auditorium.

***

Forel fit une partie de sa carrière au Burghölzli. D'après Alex von Muralt, je résumerai ainsi cette belle existence :

Auguste Forel est né le 1er septembre 1848, dans les environs de Morges. Il appartenait à une ancienne famille vaudoise. La grand'mère d'Auguste Forel avait une mère née à Annecy. Le père de Forel épousa une Française de Dieulefit.

Auguste Forel a vécu les premières années de sa vie aux environs de Morges. A 7 ans déjà, il collectionnait les insectes et les fourmis. A 14 ans, il fréquenta le Gymnase de Lausanne, puis il partit pour Zurich pour commencer ses études de médecine. Il y connut Laufer qui devait devenir plus tard son bras droit au Burghölzli.

Il s'intéressa particulièrement, dès cette époque, à l'anatomie du cerveau et à la psychiatrie. Pendant la guerre franco-allemande en 1871, il soigna les blessés français près d'Héricourt.

Il passa ses derniers examens à Zurich, puis travailla un semestre chez Meynert. Il vint, en 1872, passer de nouveaux examens à Lausanne.

En 1873, ayant échoué dans sa demande d'être médecin de l'Asile d'aliénés à Céry près de Lausanne, il réside cinq

ans à Munich, chez Gudden. Plusieurs parties du cerveau portent dès lors le nom de Forel : cloison de Forel, corps de Forel, commissure de Forel. Entre temps, il publie un volume sur les fourmis ; il publie aussi un travail sur la région tegmentaire.

Il se lie avec l'entomologiste Steinheil dont il devait, plus tard, épouser la fille.

Il est nommé, en mars 1879, second médecin de l'Asile d'aliénés du Burghölzli à Zurich. Il prend la direction de cet établissement, alors en proie à des difficultés administratives. C'est ainsi que, sous l'impulsion de Forel et plus tard, sous celle de Bleuler, le Burghölzli devint un des premiers Asiles du continent. On parle encore aujourd'hui de son nettoyage des « écuries d'Augias ».

Forel reste 19 ans directeur du Burghölzli ; il est en même temps Professeur de Psychiatrie, mais il reste fidèle à l'anatomie du cerveau, grâce au microtome de Gudden. Forel a fait de nombreux travaux anatomiques. Il publie ses ouvrages sur *Quelques considérations et résultats de l'anatomie du cerveau* (1886) ; il publie de nombreux travaux sur la psychiatrie. Il reste un spécialiste des fourmis ; il s'occupe de l'amélioration du personnel sanitaire ; il s'occupe également de l'amélioration du service des aliénés ; il publie un projet de loi fédérale sur les aliénés ; il s'occupe également de la préparation psychiatrique des médecins. Enfin, il s'intéresse à la question de l'alcoolisme, dirige le Congrès antialcoolique de Zurich en 1887 et, dès lors, continue son activité dans la lutte antialcoolique.

Il prend part à tous les Congrès jusqu'en 1913. Vers 1890, il s'occupe également de la réforme en matière sexuelle, en prenant position contre la réglementation officielle ou la tolérance de la prostitution.

En ce qui concerne la science psychiatrique, il suit, après Bernheim et Liébault (de Nancy), les études sur l'hypnose. Il sympathise aussi avec la psychanalyse.

Il partit en 1896 pour un voyage en Colombie (il avait pensé abandonner la direction du Burghölzli).

Il revint alors à Thigny-sur-Morges et son foyer devint plutôt une petite clinique pour nerveux.

Il fonda la *Ligue pour l'action morale* et, à cette époque, publia un ouvrage sur la question sexuelle. En 1907, il fonda, avec Knapp, l'Ordre International pour l'éthique et la culture.

Il s'installe en 1907 à Yvorne et continue sans répit son travail dans ses diverses branches d'activité.

En 1914, il stigmatise la violation de la neutralité belge par l'Allemagne. Pendant la guerre, il réclame la paix et la reconstruction de l'Europe sur la base du droit et la libre disposition des peuples.

Nous avons eu la joie, en 1926, de voir, au Congrès des aliénistes et neurologistes, Forel venir se joindre à nous pendant quelques instants.

En 1928, on fêta les 80 ans du vieux patriarche d'Yvorne pour célébrer la gratitude envers le bon médecin, l'auteur, le savant entomologiste, le psychiâtre remarquable et l'homme qui s'attaqua à tous les problèmes destinés à rendre l'humanité plus libre, plus pacifique et plus heureuse.



Bleuler a fait après Forel la gloire du Burghölzli.

A propos du 25ᵉ anniversaire de son activité comme Professeur titulaire de Psychiatrie et Directeur de la Clinique psychiatrique de Zurich, M. Hans W. Maier a célébré ainsi le jubilé de son maître :

« Notre dernier quart de siècle a vu, dans les directions les plus variées, la psychiatrie faire d'importants progrès. Le nom d'Eugène Bleuler est de ceux qui s'y rattachent étroitement et y resteront attachés. Il convient donc, s'adressant à un public plus vaste que le cercle de ses élèves et de ses amis, de mentionner la célébration de son 50ᵉ semestre accompli, à Zurich, de professeur et de savant dans notre domaine et de lui dédier, en signe de reconnaissante estime, les travaux réunis en ce volume...

« Il termina ses études en été 1881 et, en automne de la même année, entra comme assistant du Directeur Scharer dans l'Asile d'aliénés de la Waldau, près de Berne, où il resta deux ans et demi. En 1884, nous le trouvons à Paris, élève de Charcot et de Magnan plus tard, quelques mois à Londres. Durant l'hiver de 1884 à 1885, il étudia l'anatomie cérébrale comme assistant au laboratoire de Gudden à Munich et, le 15 mars 1885, il entra comme médecin-assistant à l'Institut Burghölzli à Zurich, chez Auguste Forel. Sur la recommandation de celui-ci, il fut nommé, l'année suivante, à l'âge de 29 ans, Directeur de la Maison de Santé de Rheinau à Zurich. Cet établissement

avait été créé dans un cloître sécularisé vingt ans auparavant, mais c'est aux efforts du jeune et infatigable directeur qu'il dût son organisation véritable et, dans son genre, digne de servir de modèle.

« En harmonieuse collaboration avec un excellent économe, Bleuler s'efforça, avant tout, de transformer la thérapeutique du travail, surveilla en personne, jusque dans les moindres détails, l'activité des malades sur le grand domaine appartenant à l'institution, tout en trouvant encore largement le temps de faire œuvre scientifique, dans les directions les plus variées. Avant tout, il approfondit l'étude des états terminaux schizophréniques et posa ainsi les fondements de ses recherches ultérieures en cette matière. L'observation des psychopathes criminels, à lui confiée, fut l'occasion de sa « Monographie du criminel-né ».

« A la fin de 1897, Auguste Forel renonça à la direction de la Clinique psychiatrique du Burghölzli. Edifié sous les auspices de Griesinger et ouvert en 1870, cet établissement avait déjà, sous ses distingués directeurs Gudden, Hitzig et Forel, connu une existence agitée. De nombreux heurts avec les autorités administratives avaient, à plusieurs reprises, provoqué de véritables conflits politiques, la nomination d'une Commission d'enquête, des scandales de presse, etc... et bien que le bon droit fût du côté des psychiâtres et que leur manière de voir finit chaque fois par l'emporter, les relations de l'Institut avec l'extérieur n'en étaient pas moins fréquemment troublées. Ce n'était donc pas une tâche aisée que de prendre la succession d'une personnalité aussi active que Forel. Bleuler, qui goûtait fort la tranquillité de la maison de Rheinau, n'en avait nulle envie. Dans les sphères académiques, on parlait d'autres candidats, on n'y connaissait d'ailleurs guère les aptitudes scientifiques de Bleuler, étranger aux cercles universitaires. Nous devons une gratitude durable au gouvernement de Zurich pour avoir eu l'heureuse inspiration de provoquer directement la candidature de Bleuler au poste vacant et de lui confier la direction de l'Institut du Burghölzli, qui est, en même temps, la Clinique psychiatrique de l'Université.

« Bleuler entra en fonctions le 16 avril 1898. La meilleure preuve de l'énergie perspicace, souvent presque diplomatique, du savant est que, dans le cours de 25 années, rien ne troubla les relations de l'établissement qu'il dirigeait, tant avec les autorités qu'avec le public ; en même temps, grâce à lui, furent réalisés d'importants progrès pratiques et les vieux bâti-

ments furent adaptés autant que possible aux exigences modernes. Il multiplia les salles de garde et fit ériger deux pavillons pour agités. Sous sa direction, on annexa à l'Institut, en 1913, une policlinique qui en est distincte et qui traite 1.200 malades par an, et en 1921, une section pour l'observation et le traitement d'enfants psychopathiques avec 25 lits. Il fut, en outre, le principal instigateur de la création de l'assistance médicale officielle à domicile des aliénés dans le canton de Zurich et depuis 1914, l'inspection de cet organisme est placé sous sa haute direction...

« Il était en même temps Président-Directeur de la station-modèle de cure de l'ivrognerie d'Ellikon, sur la Thur, dirigeait notre Société de secours pour aliénés et prenait une part très active à la création d'une « maison populaire » anti-alcoolique à Zurich, dont il est encore le Président. »

Je rappellerai seulement les travaux fondamentaux de Bleuler sur la schizophrénie :

D'après Bleuler : 1° la schizophrénie est une entité anatomo-pathologique ; 2° c'est une entité clinique : *a*) relâchement des associations habituelles, d'où imprécision, insuffisance de jugement ; *b*) troubles de la sphère affective, ambivalence, autisme à contact insuffisant avec l'ambiance et repliement de la vie intérieure ; *c*) signes et accessoires : délire incohérent, hallucination, impulsion, catatonie. Il existe des formes paranoïdes, catatoniques, démentielles, non démentielles.

La conception de la schizophrénie a créé à Bleuler une réputation mondiale.

Le Professeur Maier continue dignement aujourd'hui l'œuvre de Bleuler : il a déployé son activité vers les problèmes médico-légaux, vers les toxicomanies, le cocaïnisme.

Le Professeur Maier a écrit, à propos du jubilé de Bleuler :

« Avec une rare fraîcheur de jeunesse, il est pour nous tous un modèle d'inlassable énergie dans toutes les directions et d'une intelligence ouverte à la compréhension et à l'élaboration des productions scientifiques d'autrui. Qui le connaît ne peut que, de tout cœur, lui souhaiter, et avant tout à la psychiatrie moderne, de rester longtemps encore tel qu'il est. »

« *In multos annos.* »

Je vous propose de nous associer aujourd'hui à ces vœux et de les transmettre, avec nos hommages respectueux, au Professeur Bleuler.

*
**

La visite du Burghölzli eut lieu ensuite sous la direction du Professeur Maier et de ses collaborateurs. L'impression, que dans le souvenir de tous laissa cet hôpital renommé, fut profonde. En dehors de la grande activité thérapeutique qui y règne, sous l'énergique impulsion du Maître qui le dirige, les Congressistes purent y admirer la perfection du matériel de traitement, la multitude des appareils et des laboratoires les plus modernes dont dispose la thérapeutique. Ils y recueillirent une foule de petits détails d'organisation et de technique dont chacun a pu faire son profit personnel.

Banquet du Baur-au-Lac

Le soir eut lieu, à l'Hôtel Baur-au-Lac, un grand banquet offert par le Comité local d'organisation de Zurich. La fête, dans un cadre somptueux, fut brillante ; la chère y était délicate.



Au nom du Comité local, M. le Professeur Maier prit le premier la parole et prononça l'allocution suivante :

Monsieur le Conseiller d'Etat,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom du Comité local de Zurich, j'ai l'honneur de souhaiter la bienvenue à vous tous. Je salue M. le Président et les membres du Bureau du Congrès. Je remercie M. le Conseiller d'Etat Pfister, et M. le Conseiller municipal, le Dr Kunz, d'avoir accepté notre invitation pour représenter le canton de Zurich et notre ville, ainsi que MM. les Consuls généraux de France et d'Italie et MM. les Consuls de Belgique, Espagne, Pays-Bas et Portugal, qui nous honorent de leur présence. Je salue en outre M. Lévèque, délégué officiel du Gouvernement français, M. le Dr Calmels, Président du Conseil général de la Seine ; M. Hansen, délégué du Gouvernement de Luxembourg, M. le Professeur de Craëne, délégué officiel de la Belgique et M. le Professeur Mazhar Osman, délégué officiel de la Turquie. Notre Université a envoyé son Vice-Recteur, le Professeur de Meyenburg, et le Doyen de la Faculté de Médecine, le Professeur Löf-

fler. Nous sommes heureux de voir parmi nous d'autres membres de la Faculté et le délégué des Sociétés médicales du canton, du district et de la Ville de Zurich, de l'Alliance française et de la Société des Amis de la Culture française. Nous remercions ici encore une fois le gouvernement du canton, la Ville de Zurich, les Sociétés d'Assurances, de Banques et industrielles, qui nous ont accordé des subsides pour recevoir le Congrès d'une façon correspondant à nos sentiments confraternels. Personnellement, je remercie ici M. le D[r] Kurt Binswanger et M. le D[r] Walther, qui ont organisé les réceptions à Zurich et Mme Sprecher, la Présidente du Comité des Dames.

Nous sommes bien touchés de ce que vous ayez accepté de venir pour la première fois dans notre ville et ses environs. C'est le devoir culturel de la Suisse de faciliter les discussions à travers les frontières nationales, aussi bien dans la politique que dans la science. Nous sommes toujours fiers quand nous pouvons attribuer quelque chose à ce devoir idéal. Nous sommes bien heureux de voir ici les neurologues et les psychiatres unis par le travail et les relations amicales. Nous représentons les deux branches d'une spécialité inséparable. Il ne faut qu'ouvrir un journal de nos jours pour avoir l'impression que la neuro-psychiatrie dans ses relations sociales est une science très à la mode et indispensable aussi aux hommes d'Etat. Le médecin doit conserver comme notre pays une neutralité permanente à l'égard de la vie politique. Mais, néanmoins, nous sommes des observateurs experts : Nous, qui avons eu le bonheur de passer notre jeunesse dans les temps heureux et lointains d'avant-guerre, nous avons souvent l'impression que notre vieille Europe traverse maintenant une crise à traits maniaques et dépressifs. En envisageant l'histoire, nous savons que l'humanité a passé par d'autres périodes, pas meilleures que la nôtre. Si nous constatons chez nos malades un tel accès périodique, nous savons que dans ces états endogènes la guérison est certaine. Soyons convaincu qu'il faut conserver le même optimisme en matière de pronostic pour les misères sociales de notre temps. Or, ce que nous redoutons précisément le plus chez nos sujets déprimés, c'est le suicide. Espérons que l'esprit de nos confrères parlementaires restera assez sain et fort pour éviter le danger du suicide universel, celui d'une nouvelle guerre européenne.

Nous désirons de tout notre cœur que vous passiez quelques jours agréables et divertissants en Suisse. Nous sommes

assez optimistes pour croire que nos excursions de demain sur le lac de Zurich et d'après-demain sur le lac de Constance ne se feront pas dans le brouillard, mais par un soleil splendide. Nous espérons que vous emporterez d'agréables impressions de notre pays et de sa population. Vous reviendrez alors une autre fois pour lier les relations amicales et scientifiques plus étroitement. Vous serez toujours les bienvenus chez nous. Je lève mon verre au succès de la 40e session de votre Congrès, qui est aussi le nôtre, et à la santé de tous les congressistes.

***

Puis M. le Conseiller municipal Kunz prononça les paroles suivantes :

Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de la Municipalité de Zurich que j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue en notre ville. Nous sommes heureux de constater que pour la première fois ce Congrès a lieu en Suisse alémanique. Le plaisir est d'autant plus vif que ces dames et messieurs, les médecins aliénistes et neurologistes se sont décidés à visiter notre métropole. Et, j'ose espérer, Mesdames et Messieurs, que vous n'emporterez non seulement un profit scientifique de cette assemblée, mais bien aussi des impressions ineffaçables de nos Institutions et non moins des beautés de la nature que présentent la ville et ses environs.

Pourvu que le soleil se mette de la partie et répande un air de fête sur la course en bateau projetée pour demain et qui vous mènera à Kusnacht, puis à la presqu'île de l'Au, vous ne manquerez point, j'en suis sûr, d'admirer les bords du lac. Cela vous donnera peut-être envie de monter sur les hauteurs qui s'élèvent en pentes douces sur les deux rives.

Il est vrai que notre Zurich ne saurait se mesurer avec les grandes métropoles, mais sa situation et les beautés de la nature ont toujours enchanté ses visiteurs. Tout cela contribuera certes à rendre moins ardue la tâche que se sont imposée les membres du Congrès. Et ils pourront s'assurer que chez nous aussi on travaille et l'on a de tout temps travaillé

intensivement au progrès des sciences aliénistes et psychiatriques. Je n'ai qu'à citer les noms des fameux psychiatres Forel et Monakow, des professeurs Bleuler et Maier. Ce dernier, Directeur de la Clinique psychiatrique, est, en sa qualité de Président du Comité local, l'organisateur méritoire de cette Assemblée. Je tiens à le remercier ici, lui et son Secrétaire M. le Dr Binswanger, ainsi que leurs collaborateurs de la peine qu'ils se sont donné à cette occasion.

Je termine en souhaitant que ce Congrès ait le succès voulu, c'est-à-dire qu'il se trouve des moyens efficaces pour combattre cette maladie, dont les victimes se rangent, à mon avis, en grand nombre parmi ceux qui de nos jours, plus que jamais, souffrent des difficultés économiques et politiques.

*
* *

Ensuite, M. le Professeur-Doyen Loeffler, au nom de la Faculté de Médecine, prit la parole :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une vive émotion que je me permets de vous présenter ce soir les hommages de la Faculté de médecine de Zurich et de vous souhaiter la bienvenue.

Nous savons que c'est pour la première fois que votre Congrès se tient dans une région qui n'est pas de langue française. C'est avec d'autant plus de cordialité que nous tenons à vous recevoir ici, dans le pays suisse-alémanique, le pays de Paracelse, figure originale, puissante et étrange de médecin.

Nos collègues spécialistes de la Faculté vous ont renseignés sur le rôle de Zurich dans le domaine de vos spécialités, M. Maier par un livre, M. Minkowski avec sa « Gründlichkeit » coutumière par un véritable traité, incorporé dans le guide. Il ne me reste rien à ajouter.

C'est Charcot lui-même qui a dit qu'il considérait le voyage comme le moyen le plus agréable de s'instruire et il donne cette définition que voyager, c'est s'instruire en s'amusant. Je ne me trompe guère en admettant que vous tous, Mesdames et Messieurs, vous êtes, dans ce domaine, également élèves de Charcot.

Un homme qui fut à la fois un des observateurs les plus infatigables de la nature, médecin et savant des plus éminents de notre pays, Albrecht de Haller, de Berne, comparait un *livre* à un *voyage.* Nous tournerions volontiers cette comparaison et nous espérons que ce voyage en Suisse reste pour beaucoup d'entre vous un livre, un livre plein de notes intéressantes et sympathiques, de gravures et d'images agréables et pittoresques, et que beaucoup d'entre vous voudront bien lire et relire ce livre.

Un grand hygiéniste de l'esprit, et par là du corps, un grand Maître français de la sagesse humaine, un professeur de l'équilibre mental (comme l'a si bien dit notre collègue M. Armaingaud) a voyagé, il y a bien longtemps, en ces contrées que vous venez de parcourir : *Michel de Montaigne.*

Vous ne m'en voulez pas si je le compte (ainsi que Molière) parmi les grands médecins, malgré son dédain pour la médecine de son temps. Il raconte de fort jolies choses de nos ancêtres et je pense que ceux d'entre vous qui voudraient écrire un journal de voyage en feraient peut-être autant de nous. Toutefois, tout ce qu'il dit n'est plus absolument juste aujourd'hui, par exemple quand il raconte, en parlant des Suisses de nos contrées : « Ils ne se servent jamais d'eau à leur vin et ont quasi raison, car leurs vins (vous en verrez les vignes demain), car leurs vins sont si petits que nos gentilshommes les trouvaient encore plus faibles que ceux de *Guascogne fort baptisés.* » J'ai choisi ce passage du journal de voyage, car il me semblait d'un intérêt spécial pour Messieurs les psychiatres.

Il ne me reste qu'à vous souhaiter une belle soirée et j'espère qu'après le travail sérieux des matinées et des après-midis, les soirées formeront le contrepoids si nécessaire au maintien de l'équilibre mental.

Si, enfin, la Faculté de Zurich se permet de vous donner une ordonnance, c'en est une fort ancienne, mais avérée et dont vous connaissez tous l'origine, c'est donc de bien jouir de votre séjour à Zurich et de ne pas oublier de *rire,* « *car le rire, c'est le propre de l'homme* ».

*
**

Au nom de la Société suisse de Neurologie, son Président, M. le Dr Brun s'exprima ainsi :

Monsieur le Conseiller d'Etat,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur et le plaisir de vous transmettre les salutations et les sympathies de la *société suisse de neurologie* et de féliciter votre Congrès et son éminent Président, M. Crouzon, du haut niveau scientifique que votre association savante a toujours témoigné.

Je ne pourrais le faire sans vous exprimer une fois de plus notre profonde gratitude pour l'hospitalité et l'amitié traditionnelles dont nombreux membres de notre société suisse ont joui, année par année, à vos Congrès, à l'étranger, ainsi que pour l'achèvement scientifique que beaucoup d'entre nous ont trouvé au cours de leurs études neuro-psychiatriques complémentaires dans les pays de langue française et surtout dans la capitale de l'esprit français, à Paris.

Je ne parlerai pas longuement des nombreux neurologistes de la Suisse romande qui ont fait leur études spéciales en France et qui ont propagé ainsi en Suisse les grandes traditions scientifiques de la neurologie française, depuis leur Grand Maître Charcot et son école jusqu'à nos jours ; il suffit de citer les noms de nos regrettés Professeurs Dubois, Flournoy, Ladame, Schnyder, Long, entre beaucoup d'autres médecins défunts et vivants pour vous rappeler combien la neurologie suisse doit à la science française. Ce n'étaient cependant pas seulement nos chers collègues de la Suisse romande qui, par tradition, poursuivaient leurs études complémentaires en France et notamment à Paris ; depuis une trentaine d'années, il est de même considéré indispensable, pour tout jeune médecin de la Suisse allemande désirant de se spécialiser en neurologie, de faire aussi son stage en France et surtout à Paris. Ainsi il existait, depuis les commencements de la science neurologique en Suisse allemande, inaugurée, vous le savez tous, par notre grand maître le feu Professeur de Monakow, aussi des rapports étroits entre les deux pays de langue différente, mais unis dans la même tradition démocratique et une conception égale de l'internationalité de la science. Car V. Monakow lui-même avait toujours éprouvé une vive sympathie pour la culture française et latine en général, sympathie qui grandis-

sait encore pendant la guerre. Et il était attaché, par amitié personnelle, à vos maîtres, le regretté Jules Déjerine et M. Pierre Marie, avec lesquels il entretenait une collaboration et une correspondance des plus fructueuses.

Pour rendre cette collaboration encore plus profonde, Déjerine avait en outre généreusement légué un fonds spécial à la société suisse de neurologie, destiné à permettre la publication de travaux en langue française de la plume d'auteurs suisses, dans les archives suisses de neurologie. Depuis l'institution de ce *Fonds Déjerine* par son généreux donateur, les dites archives ont pu publier déjà toute une série de travaux précieux qui, autrement, n'auraient jamais pu paraître. Et je ne peux quitter ce thème sans mentionner aussi M. Guillain, l'actuel chef de la neurologie française, qui continue ces traditions avec tant de compétence et tant d'efficacité !

Qu'il me soit permis, enfin, de mentionner l'impression inoubliable que je rapportais de mon propre séjour à Paris, en 1913, qui m'a donné la chance d'assister aux leçons magistrales des Professeurs Déjerine et Pierre Marie. Je les vois encore devant moi, la figure noble et imposante de Jules Déjerine et la personnalité plus bonhomme peut-être, mais pas moins impressionnante, du « Père Marie », coiffé de son petit bonnet rond et entouré de ses élèves. Il mettait 6 à 10 séances d'exploration pour élucider un seul et même cas d'aphasie, ce qui me donnait à jamais une vive impression de la façon française d'approfondir et de mettre en lumière une question compliquée, de sorte que, dès lors, quand on venait de vanter la fameuse « Gründlichkeit » allemande, je ne manquais jamais d'assurer que les Français, eux aussi, savent être très, très « gründlich », sans cependant jamais devenir ennuyeux !

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, je lève mon verre *à la collaboration internationale de la science* — fonction unissante — je dirais avec Sherrington : *fonction intégrative,* que votre association des Congrès a toujours si bien remplie, mais jamais si bien, à mon avis, que maintenant, que vous vous êtes aventurés chez nous, en Suisse allemande, dans un pays un peu sauvage et surtout pluvieux, il est vrai, mais quand même cher à nous. Et je finis mon discours en vous disant combien nous sommes heureux de pouvoir nous revancher un peu, à cette occasion, de tout ce que la science française — et latine — nous a donné.

***

M. le Dr Flournoy, Président de la Société suisse de Psychiatrie, s'exprima en ces termes :

Monsieur le Conseiller d'Etat,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Je suis chargé de vous apporter les vœux de la Société suisse de Psychiatrie. C'est pour moi un grand plaisir, non seulement de saluer un Congrès français, mais de le faire à Zurich, dans cette ville de haute culture qui a toujours été, malgré la différence des langues, un foyer accueillant et largement ouvert à la pensée française, cette ville qui a donné à la psychiatrie et à la neurologie, tant de personnalités de premier plan.

Mais c'est pour une autre raison, plus personnelle, que je suis particulièrement heureux de pouvoir vous adresser la parole ce soir. Le hasard a voulu que le représentant de la Société suisse de Psychiatrie soit, cette année, un Genevois. Vous me permettrez donc de rappeler les liens qui ont toujours uni Genève et Zurich. Les Zurichois ont été, avec les Bernois, les alliés les plus sûrs, les amis les plus fidèles de la petite République de Genève. A cette époque (je ne m'en souviens pas moi-même, il y a près de quatre siècles), on parlait pompeusement chez nous de « Leurs Excellences » de Berne et de Zurich !

Aujourd'hui, les choses ont un peu changé. Il n'y a plus d'Excellence dans nos petites démocraties cantonales. Mais les liens qui les attachent les unes aux autres sont aussi forts qu'autrefois, quoique d'une nature un peu différente: ils sont surtout intellectuels et civiques, et rapprochent intimement Bâle et Genève, Lausanne, Zurich, Neuchâtel, Berne. Ils unissent aussi nos villes et nos campagnes, en sorte que ce pays réalise bien l'idée de l'unité, dans la diversité. L'un des facteurs de cette cohésion, et non des moindres à mon avis, est représenté par nos sociétés savantes suisses, celles qui tiennent leur assises tantôt dans un Canton, tantôt dans l'autre, et assurent ainsi le contact. La plus importante est la Société Helvétique des Sciences Naturelles ; parmi les autres, qui se consacrent à des domaines plus spéciaux, je ne veux nommer que l'une des plus anciennes, la Société Suisse de Psychiatrie, que j'ai l'honneur de représenter ici.

Ce Congrès, qui vient de s'ouvrir sous des auspices si agréa-

bles grâce à la réception magnifique que nous ont donnée les Bâlois et qui continue ce soir à Zurich, vous n'avez point l'air de vous apercevoir qu'il s'est déjà rendu coupable d'une grave infidélité à l'égard de Genève ! Avez-vous remarqué que le nom de Genève, pas plus que celui de Lausanne d'ailleurs, ne figurent sur votre programme ? Rassurez-vous, cependant. Nous ne vous gardons pas rancune ; nous vous avons déjà tout pardonné ! Précisément parce que la Suisse ne forme qu'une unité, un tout indissolublement uni, nous estimons que lorsque tel ou tel Canton a de justes motifs de se réjouir, le pays tout entier peut se réjouir avec lui.

Sans doute, lorsque nous avons appris que vous ne viendriez pas à Genève, cela a-t-il quelque peu bouleversé nos esprits. Mais nous avons réagi en nous faisant une... raison. Nous sommes psychiatres, tout de même; et plusieurs d'entre nous sont, en outre, psychothérapeutes ! Aussi avons-nous réussi à nous faire une raison, et à admettre que, pour une fois — une fois n'est pas coutume — ce soient les autres villes suisses qui aient le plaisir de vous recevoir. Plaisir et privilège ! Car il s'agit d'un Congrès français ; il se compose donc, par définition, de personnes aussi aimables qu'éminentes. Ici, je veux rendre un hommage tout spécial, au nom de la Société Suisse de Psychiatrie, à deux d'entre vous, car je ne puis vous nommer tous : à M. le Dr Crouzon, Président du Congrès, et à notre Maître, M. le Professeur Pierre Janet.

Mesdames et Messieurs, cette réunion est singulière à plusieurs égards. Congrès de langue française en pays de langue allemande, voilà déjà qui n'est pas mal ! Mais on l'a appelé aussi le Congrès « itinérant » ; moi, je voudrais dire « kilométrique ». Avez-vous songé, en effet, quand vous nous quitterez, au nombre de kilomètres que vous aurez absorbés (sans compter les discours) ? Vous finirez par croire qu'il y a de grandes distances en Helvétie ; vous aurez l'impression que c'est un bien grand pays ! Je me méfie un peu que mes amis Répond et Forel, qui se sont donné tant de peine, soient pour quelque chose dans ces impressions de grandeur ? En tout cas, quelles que soient les distances que vous parcourrez, les régions que vous visiterez, partout votre arrivée suscitera le même enthousiasme.

Nous sommes pleinement conscients, en Suisse alémanique comme en Suisse romande, de tout ce que nous devons à la France. Et nous, médecins, psychiatres notamment, nous

avons de nombreuses dettes de reconnaissance envers vous. Nous connaissons l'accueil que vous nous faites ; nous savons quelle place généreuse vous réservez aux Suisses dans vos réunions savantes, vos sociétés, vos revues médicales, dans vos journaux... et dans vos cœurs ! Voilà pourquoi nous vous sommes reconnaissants.

En vous saluant au nom de la Société Suisse de Psychiatrie, je voudrais formuler un vœu : c'est que ce Congrès soit tout simplement digne des précédents. Je pense surtout à ceux de ces dernières années, si admirablement réussis et encore vivants dans notre mémoire : Congrès de Lille, du Maroc, de Lyon, de Bruxelles — autant de manifestations éclatantes, non seulement de la culture et de l'intelligence françaises et de leur rayonnement à l'étranger, mais aussi de l'harmonie et de la bienfaisante collaboration scientifique qui règne entre pays voisins et amis !



M. Charles Clerc, Professeur de littérature française à l'Ecole Polytechnique fédérale, porta aux dames le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

(A dessein je supprime « M. le Président, M. le Conseiller d'Etat, etc. », vu que c'est à vous que j'en ai, Mesdames, avant tout, et aussi à MM. les neurologistes et psychiatres). Messieurs, il faut que je vous raconte un songe, et je ne me fais pas scrupule d'attirer votre attention sur un tel phénomène. Je sais que vous en entendez d'autres, et de moins convenables, de moins significatifs aussi, que le rêve que j'ai fait hier, endormi sous les sapins, à proximité d'une auberge de montagne. Voici mon songe : je voyais un chien égaré dans le jeu de boules voisin, et qui ne savait où se réfugier. J'avais une vive sympathie pour cet animal ; je dirai même que ma personne se confondait quelque peu avec la sienne : j'étais le chien égaré dans un jeu de boules. Autour de ce quadrupède, il y avait tout un groupe de joueurs, boule en mains, et qui élevaient leur boule à la hauteur de leur tête, et semblaient connaître à merveille le poids, le volume, la portée, les cavités, les défauts et qualités de leur boule respective. Ce qui effrayait le chien, dans cette affaire, c'était moins le jeu lui-même, et

son bruit, que l'air de sûreté, de compétence de tous ces personnages, le grand sérieux de leur attitude.

Il n'est pas besoin, Messieurs, que je vous consulte sur le sens de ce rêve. Celui qui vous parle en a très nettement conscience. Il sait pertinemment qu'il est perdu parmi les neurologistes, aliénistes, etc. Quel rapport y a-t-il entre vous et moi ?... Celui-ci, seul, peut-être, que ni vous ni moi n'osons prétendre à cultiver une science exacte. Oui, toute réflexion faite, c'est l'unique rapport que j'aperçoive. Le professeur de littérature qui vous parle ne vous doit rien, Messieurs, pas même le bienfait du modeste équilibre mental dont il jouit présentement. Il serait parfaitement incapable de soutenir une conversation avec vous, si ce n'est peut-être dans le domaine spécial (qui s'est fort élargi en ces dernières années) où les personnages de romans ressemblent aux habitants de vos Cliniques.

Oui, je suis bien l'animal égaré dans un jeu de boules. Et c'est à moi qu'on donne la parole ; à moi qui ne suis pas même de cette ville (il est vrai que j'y suis fort attaché ; mais je n'en parle guère la langue ; je n'en suis pas *representative man*) ; à moi qui arrive tout droit de la campagne la plus perdue (il est vrai que mes idées s'y sont peut-être rafraîchies, et ce serait tant mieux) ; et l'on me charge de parler à Zurich aux *dames* de nations latines, alors que je reviens d'un jury littéraire à Berlin, où il n'y avait que des hommes ; alors que je débarque d'un voyage entre gens de lettres, auquel ne prenaient part que des hommes !

Dieu sait que, néanmoins, de ce toast aux dames, je me charge le plus volontiers du monde. D'abord, parce que les semaines dernières, dans le jury et le voyage dont j'ai parlé, j'ai ressenti très fort l'absence des dames (la *carence*, comme il est de mode de dire aujourd'hui). Et puis, c'est chez moi une conviction très arrêtée, que les dames ont leur place dans un Congrès, quel qu'il soit, et qu'elles l'ennoblissent par leur simple présence. Enfin, les dames qui sont à cette table, je les ai vues, je leur ai été présenté, je les ai entendues, au cours d'un charmant après-midi au château de Wildegg. Je sais de qui je parle. Je sais ce que vous nous apportez, Mesdames, et je vous en remercie au nom de tous les Suisses qui sont ici.

On vous montrera beaucoup de choses ces jours-ci, Mesdames. On vous montrera la terre et l'eau, le soleil et la pluie en terre helvétique ; vous avez vu un vieux château : vous

verrez une confiserie modèle, et peut-être une galerie d'art français comme il en est peu dans le monde ; vous verrez une presqu'île historique, qu'habita un gentilhomme mécréant, et où se rendirent en pèlerinage Klopstock, Gœthe, sans parler de Lavater, qui était de la maison. On a songé à vous faire voir la fabrication des Conserves de Lenzbourg ; plus tard, vous serez reçues dans une forêt du Jura, et vous frôlerez l'Ile de Saint-Pierre, où résida un grand homme qui aurait eu bien besoin des secours réunis de tous vos époux. Ce soir, à Zurich, à cette table même, vous avez vu quelque chose de bien remarquable, et il est temps que je vous en fasse l'éloge (car la Suisse, vous l'avez remarqué, aime terriblement à dire du bien d'elle-même) : vous avez entendu des magistrats et hommes de science de Suisse allemande qui s'adressaient à vous en français. Cela n'a l'air de rien, mais cela doit vous faire voir combien se trompent certains de mes confédérés de Suisse française, qui prétendent que nous sommes, nous Romands, traités en parents pauvres. En vérité, tout ce qui est de langue française est admirablement traité dans cette ville de culture germanique, et de grande tradition germanique. Veuillez croire qu'il n'en est pas ainsi ce soir seulement, Mesdames, mais d'un bout de l'année à l'autre. Moi qui suis Romand, donc de langue française, je tenais à vous rendre attentives à ce fait helvétique : celui d'une forte majorité respectueuse de la minorité, et *respectueuse* n'est pas encore assez dire.

Mesdames, je suis heureux d'avoir pu vous parler de cela, d'avoir pu, au nom de mes compatriotes et concitoyens, vous souhaiter la bienvenue, et vous remercier très cordialement d'avoir accompagné vos époux, et de prêter aux choses de ce pays, choses vieilles ou neuves, une attention amicale.

***

Après avoir remercié le Professeur Maier et le Comité local, le Président Crouzon rendit hommage à une des gloires de Zurich : Lavater.

Jean-Gaspard Lavater, célèbre écrivain suisse, est né le 15 novembre 1741 à Zurich, où il mourut en 1801. Son père était médecin. Est-ce à lui qu'il est redevable de ce goût de l'observation, de cette pénétration psychologique qui donnèrent naissance à la Physiognomonie ? Quoi qu'il en soit, le

jeune Lavater embrassa avec ferveur la carrière ecclésiastique en 1761, fut élu diacre de l'Eglise Saint-Pierre à Zurich en 1778 et premier pasteur en 1786.

Il fut avant tout un grand écrivain. Il a beaucoup écrit, des cantiques spirituels, des poèmes bibliques, un tableau poétique, avec illustrations, des grands faits de l'Evangile. Il a écrit à Berlin les *Chants Helvétiques*. Il a écrit les *Chants Sacrés*, une nouvelle *Messiade*, etc... On l'a appelé le Fénelon de l'Helvétie, mais son œuvre littéraire ne connut pas, à beaucoup près, le succès de la *Physiognomonie* (1775-1778), qui fut traduite en français et bientôt lue par toute l'Europe. Je vous ai dit cependant à Bâle qu'il avait eu des précurseurs, Grataroli et della Porta.

Gœthe, qui fut l'ami de Lavater, sans partager ses convictions, nous le peint comme un prêtre animé d'une grande ardeur de prosélytisme, prenant toute la Bible à la lettre, inébranlable dans sa foi et accusant d'athéisme tous ceux qui ne comprenaient pas la religion à sa manière. Dans son idée, Christ et humanité, nous dit Gœthe, étaient synonymes. Le Christ est un ami qu'il faut s'efforcer d'imiter, d'égaler avec la ferme espérance d'y parvenir. Lavater ne trace-t-il pas, dans sa 17ᵉ lettre des « *Perspectives sur l'Eternité* » un tableau enchanteur « des joies sociales » qui attendent le juste dans le Paradis ? Ce don de prophétie de double vue, qu'il n'était pas éloigné de s'attribuer, ne l'a pas desservi dans la Physiognomonie. On y trouvait, à côté de nombreux portraits de contemporains — dont celui de Gœthe est le plus justement célèbre — de profonds aperçus psychologiques. Mais il ne faut pas oublier que le goût et la mode de ces portraits et les modèles les plus parfaits datent du XVIIᵉ siècle français.

Le mérite durable des « études physiognomoniques », qui prétendaient deviner l'intelligence, les sentiments, la valeur morale d'un personnage d'après son aspect physique, alors que ses prédécesseurs n'avaient vu que la physionomie en mouvement, c'est-à-dire l'expression et le caractère des passions, fut d'appeler l'attention des penseurs et des écrivains sur l'individu et l'individuel. On a même pu dire que Lavater a été un des précurseurs de Nietzsche.

Ne nous décrit-il pas « un surhomme » dans ses fameuses perspectives sur l'Eternité — lesquelles lui attirèrent d'abord les critiques, puis l'amitié de Gœthe ? Il nous y montre avec un étrange réalisme, l'homme de l'au-delà, pourvu de sens très aiguisés et donc capables de toutes les jouissances.

La Physiognomonie, on peut s'en douter, n'eut pas que des admirateurs. Zimmermann tendit un piège à Lavater en lui faisant découvrir des qualités nobles et sublimes dans le portrait d'un criminel.

C'est encore par Gœthe que nous savons qu'elle eut comme détracteurs passionnés tous ceux dont le physique disgrâcieux trahissait la noirceur d'âme et les vices...

La foi brûlante de Lavater dégénéra en superstition. A force d'attendre et d'espérer des miracles, il devint à plusieurs reprises la victime de pseudo-thaumaturges et notamment de Cagliostro.

C'était un homme de cœur et un philanthrope. Il ne fut pas sans influence sur Gœthe lui-même et ce n'est certes pas un faible titre de gloire.

En 1798-1799, s'étant élevé contre le Directoire français, il fut déporté à Bâle ; rentré à Zurich, lors de la prise de Zurich par Masséna, il fut frappé d'un coup de fusil par un énergumène ; il fut peut-être une des victimes de la guerre, mais cependant il ne mourut que plus tard, en 1801. Nous ne pouvons que déplorer qu'il ait été une victime du Directoire...

On pourrait aussi dire qu'il fut un des ancêtres de l'intuitionnisme et de la phénoménologie, puisqu'il s'efforçait, par une vue intérieure et directe, de pénétrer dans la pensée et dans le sentiment intime d'autrui ; à ce titre, il doit intéresser les psychiâtres et j'ai pensé qu'en passant dans sa patrie, nous lui devions un hommage.

Au surplus, son œuvre revit, au moins par moments ; la physionomie revient de temps en temps à la mode. Ainsi, nous trouvons dans « L'homme, cet inconnu », de Carrel, le passage suivant : « La forme de la figure, celle de la bouche, des joues, des paupières, et tous les autres traits du visage sont déterminés par l'état habituel des muscles plats, qui se meuvent dans la graisse, au-dessous de la peau. Et l'état de ces muscles vient de celui de nos pensées. Certes, chacun peut donner à sa figure l'expression qu'il désire. Mais il ne garde pas ce masque de façon permanente. A notre insu, notre figure se modèle peu à peu sur nos états de conscience. Et avec les progrès de l'âge, elle devient l'image de plus en plus exacte des sentiments, des appétits, des aspirations de l'être tout entier... »

« Le visage exprime des choses plus profondes encore que les activités de la conscience. On peut y lire, non seulement les vices, les vertus, l'intelligence, la stupidité, les habitudes les plus cachées d'un individu, mais aussi la constitution de son corps, et ses tendances aux maladies organiques et mentales. »

C'est là une réhabilitation de la physiognomonie. Mais je vous ai dit que Lavater avait d'autres titres, et en rendant justice à Lavater, un des plus illustres enfants de la Suisse, je désire rendre hommage à Zurich, sa glorieuse patrie dont nous sommes les hôtes aujourd'hui, et dont l'accueil nous touche profondément. »

Visite de l'Institut Monakow

Sous la direction du Professeur Minkowski, les Congressistes visitèrent, le mercredi 22 juillet, à 11 h. 30, l'Institut d'Anatomie cérébrale Monakow. Celui-ci possède, comme on le sait, la plus formidable et la plus complète collection de coupes microscopiques du système nerveux central existant au monde.

***

Après avoir remercié le Professeur Minkowski de vouloir bien nous faire visiter ce temple de la science neurologique qu'est l'Institut d'Anatomie cérébrale de l'Université de Zurich, le Président Crouzon rappela la vie de von Monakow, Fondateur de cet Institut.

Von Monakow est né en 1853 en Russie ; il fut emmené par son père en 1863, d'abord à Dresde, puis en 1866 à Zurich.

Von Monakow fit ses études au Gymnase cantonal depuis l'âge de 13 ans, mais au bout de trois ans son père lui fit donner des leçons privées ; il rentra au Gymnase après quelques années, se fit inscrire à la Faculté de Médecine pour arriver à gagner sa vie. Il fit toutes ses études médicales à Zurich, étudia l'anatomie pathologique chez Eberth, puis, interne suppléant au Burghölzli, il passa son examen d'Etat en 1877.

Von Monakow fut médecin sur un paquebot, mais fut de retour en 1878 comme médecin-assistant à l'Asile d'aliénés de Saint-Pirminsberg, où il resta sept ans. Il fit des recherches

expérimentales et rédigea un mémoire sur la localisation des tumeurs de l'écorce cérébrale. C'est en 1880 qu'il fit sa première découverte sur la disparition du corps géniculé externe homolatéral après ablation du lobe occipital.

Depuis, l'œuvre de von Monakow a été considérable. Il s'établit à Zurich en 1885, installa un petit laboratoire privé qui fut la base du célèbre Institut d'Anatomie cérébrale de l'Université de Zurich, où ont défilé tant de neurologistes de tous les pays.

Le Conseil d'Etat du Canton de Zurich nomma, en 1894, von Monakow professeur extraordinaire d'Anatomie cérébrale et de Policlinique des Maladies nerveuses, malgré le préavis négatif de la Faculté de Médecine.

Poursuivant ses études, le Professeur von Monakow fit paraître en 1897 sa « *Pathologie du Cerveau* ». Il avait fondé une policlinique privée, qui devint plus tard la policlinique universitaire des malades du système nerveux.

Sur son initiative, se constitua à Zurich une Société neuropsychiatrique. Von Monakow fut le premier Président de la Société suisse de Neurologie, fondée le 15 novembre 1908. Von Monakow fut Rédacteur en Chef, depuis 1917, des Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie. Il avait été nommé membre d'honneur du Congrès neurologique international, qui devait se tenir à Berne en 1931 ; il mourut le 19 octobre 1930, avant la tenue du Congrès.

Nous sommes heureux que le Professeur Minkowski, qui continue si dignement la tradition de Monakow, nous fournisse par cette visite l'occasion de rendre hommage à la mémoire d'un des maîtres de la Neurologie moderne.



Le Professeur Minkowski lui répondit par les paroles suivantes :

« Je tiens à remercier chaleureusement M. Crouzon des nobles paroles dont il vient d'honorer la mémoire de mon maître Constantin de Monakow. Avec sa connaissance remarquable de l'histoire de la science, il vous a exposé, Mesdames et Messieurs, les dates principales de la vie scientifique de Monakow. Je n'ai donc qu'à ajouter quelques mots. Le début de l'activité scientifique de Monakow remonte à son séjour, en qualité

d'assistant, de 1877 à 1884, à Saint-Pirminsberg, Asile public du Canton de Saint-Gall, au-dessus de Ragaz, installé dans un ancien cloître de Bénédictins. C'est là, dans des conditions extrêmement simples et modestes, sans laboratoire, sans personnel spécialisé, avec un surveillant chargé de l'élevage et de l'entretien des animaux d'expérience, qu'il commença ses recherches d'anatomie pathologique et surtout d'anatomie expérimentale du cerveau, en faisant chez des lapins et des chats nouveau-nés des ablations de différentes parties de l'hémisphère cérébral et en étudiant les dégénérescences secondaires consécutives sur des coupes sériées du cerveau faites au microtome de Gudden et colorées au carmin. Ces recherches devaient aboutir bientôt à des résultats très importants. En 1880, Monakow avait à sa disposition deux cerveaux de lapins auxquels il avait extirpé le lobe occipital, et qu'il avait laissés survivre plus d'un an après l'opération. Ces cerveaux devaient être coupés *in toto* en série. Mais dès qu'ils furent quelque peu imprégnés de chrome, Monakow perdit patience et fit au rasoir une section frontale au niveau du tubercule quadrijumeau antérieur. Et alors il vit un tableau dépassant toutes ses espérances et profondément émouvant pour lui ! Non seulement le tubercule quadrijumeau antérieur du côté de l'opération était réduit, mais le corps genouillé externe avait presque complètement disparu. Monakow découpa ensuite du cerveau, toujours au rasoir, une tranche aussi fine que possible et la colora au carmin pour l'étudier au microscope, qui confirma complètement sa première constatation macroscopique. Alors, ayant saisi tout de suite l'importance de sa découverte, il fut saisi d'une sorte d'ivresse (comme il le décrit dans son autobiographie), négligea le service et sa clientèle et se mit à errer dans les montagnes, en s'adonnant à des méditations solitaires sur la signification de ses constatations et sur les nouvelles recherches à entreprendre.

Etant venu s'installer à Zurich comme spécialiste des maladies nerveuses en 1885, Monakow y apporta une partie de ses préparations de Saint-Pirminsberg. En 1886, il les plaça, avec l'autorisation du Professeur Klebs, Directeur de l'Institut d'Anatomie pathologique de l'Université, dans deux chambres vides de celui-ci, ce qui peut être considéré *comme date de fondation de la Collection d'Anatomie Cérébrale de Zurich.* Cette collection, transformée depuis en Institut, est donc maintenant à son cinquantenaire, et nous sommes heureux et

fiers, Messieurs, que cette date coïncide avec le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française à Zurich et avec la visite que vous voulez bien faire à l'Institut.

En 1887, Monakow fonda une Policlinique neurologique, la première de cet ordre en Suisse. Quelques années plus tard, en 1891, la Collection de Monakow fut transportée dans deux petites chambres de rez-de-chaussée au-dessous de son appartement privé (occupé actuellement par le restaurant populaire Olivenbaum). Ce local fut transformé tant bien que mal en un petit laboratoire très primitif, qui, d'après Monakow lui-même, ressemblait plutôt à un atelier de menuiserie ou de peinture qu'à un laboratoire. Et néanmoins il fut le lieu d'un travail intense et fécond du Maître et de ses disciples, toujours plus nombreux, suisses et étrangers. En 1896, Monakow engagea comme préparateur un infirmier, Johann Schneider, homme simple, mais très consciencieux et plein de zèle, qui servit fidèlement son maître et l'Institut pendant près de 40 ans. Dans un travail minutieux et inlassable, il fixa, coupa et colora une quantité innombrable de préparations et fut ainsi, en réalité, le principal créateur technique de la collection.

En 1898, le laboratoire fut transporté dans un local plus vaste et plus approprié dans l'Olgastrasse. En 1913, l'Institut d'Anatomie Cérébrale aussi bien que la Policlinique des Maladies Nerveuses furent réunis dans une maison patricienne, le « Belmont », où ils se trouvent encore actuellement, en constituant, d'après l'idée de leur fondateur, une unité intime et indivisible.

L'Institut d'Anatomie Cérébrale et la Policlinique des Maladies Nerveuses furent l'œuvre de Monakow, non seulement spirituelle, mais aussi en grande partie du point de vue financier. Pendant de longues années, Monakow les entretint par ses propres moyens, en prenant tous les ans des dépenses considérables à sa charge. En 1892, le Gouvernement du Canton de Zurich lui accorda une première subvention de 200 fr. par an. Depuis, lentement mais successivement, l'Etat prit une part de plus en plus grande des dépenses à sa charge. En 1912-13, aussi bien l'Institut que la Policlinique furent complètement étatisés. Ils sont attachés à l'Université de Zurich et représentés par leur chef commun à la Faculté de Médecine. Je profite de cette occasion solennelle pour remercier chaleu-

reusement les Autorités Cantonales de Zurich de l'appui généreux qu'elles ont toujours prêté à l'œuvre de Monakow.

Actuellement, l'Institut d'Anatomie Cérébrale contient la plus vaste collection de préparations du cerveau, surtout en coupes microscopiques en série qui, du moins à ma connaissance, existe au monde. Elle embrasse l'anatomie normale, l'embryologie, l'anatomie comparée, l'anatomie expérimentale et l'anatomie pathologique du système nerveux. Le nombre de cerveaux coupés en séries est d'environ 600, le nombre de coupes particulières, près d'un million.

Monakow fut toujours un grand admirateur de la France, de la culture et de la science françaises. Venu à Paris d'abord en 1868 et 1869, à l'âge de 15 ans, il fut ébloui par la splendeur de la ville, par sa culture raffinée et l'amabilité de sa population. Il alla presque tous les jours au théâtre et en fut tellement séduit qu'il se mit à fréquenter un Conservatoire privé d'art dramatique et pensa un moment sérieusement à devenir acteur ! Heureusement, il renonça bientôt à ce projet. Plus tard, il fut en relations amicales avec des savants français, en particulier avec M. et Mme Déjerine et Pierre Marie. Il alla à Paris à plusieurs reprises et visita souvent la Salpêtrière. Il y vit et étudia de nombreux cas intéressants, notamment d'aphasie, qui avaient été généreusement mis à sa disposition par les médecins de la Salpêtrière, et dont il fit cas dans ses livres sur la « Pathologie du cerveau » et la « Localisation dans le cerveau ». Il en garda envers la neurologie française une reconnaissance profonde.

Et maintenant, Messieurs, j'ai le plaisir et l'honneur de vous inviter à une visite de l'Institut de *Monakow,* prévue dans votre programme !

*
**

C'est dans un silence religieux que se poursuivit la *visite de l'Institut d'Anatomie Cérébrale.* Le Professeur Minkowski montra aux membres du Congrès :

la chambre de travail du Professeur Constantin de Monakow, sa table de travail, son vieux microscope et sa loupe, les modèles de cerveaux séchés dont il se servait ;

quelques préparations anciennes, provenant des travaux de Monakow à St-Pirminsberg et faisant ressortir la dégénération secondaire du corps genouillé externe du chat après

l'extirpation du lobe occipital, la dégénération du corps genouillé interne après destruction du lobe temporal, celle de la couche optique après des lésions corticales, etc. ;

un assortiment choisi de coupes intéressantes du cerveau, dégénérations secondaires, foyers d'hémorragie et d'encéphalomalacie, tumeurs cérébrales, malformations diverses, etc. ;

un nouveau microtome de Reichert, permettant de faire des coupes du cerveau tout entier, à côté d'un vieux microtome de Gudden ;

une exposition de diapositifs de coupes macro- et microscopiques du cerveau, se rapportant en particulier aux chapitres suivants :

structure microscopique du cerveau de fourmis et d'abeilles (Dr R. Brun) ;

dégénérations secondaires dans les voies optiques centrales, en particulier dégénération, par couches alternantes, dans les deux corps genouillés externes après l'énucléation d'un œil ;

anatomie pathologique de l'épilepsie (dégénération de la corne d'Ammon, de l'olive bulbaire, etc.) ;

anatomie pathologique de l'aphasie ;

vue d'ensemble et plexus choroïdes d'un cerveau d'élite ;

coupes de la moelle et du bulbe du fœtus humain (Professeur M. Minkowski) ;

développement et anatomie comparée des voies optiques dans le cerveau, démonstration de l'existence d'une racine hypothalamique du nerf optique, etc. ;

anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique et de la myélo-encéphalite infectieuse du chien, etc. (Dr E. Frey, chef de travaux à l'Institut) ;

vues macro et microscopiques de cerveaux atteints de traumatismes (commotion et contusion cérébrales) ;

hémorragie spontanée dans les plexus choroïdes de la corne inférieure dans un cas d'affection juvénile des vaisseaux, etc. (Dr E. Katzenstein, chef de service à la Policlinique) ;

une exposition de photographies (macro- et microphotographies) du cerveau se rapportant à divers chapitres de la neurologie ;

une exposition de tables d'enseignement dessinées par C. de Monakow et par ses collaborateurs ;

une exposition macroscopique de tumeurs cérébrales, de malacies, de malformations, etc. ;

un appareil de microphotographie perfectionnée ;
les locaux de l'Institut avec les armoires spéciales renfermant des séries de coupes du cerveau ;
les locaux de la Policlinique des maladies nerveuses.

Promenade en bateau sur le lac de Zurich

La pluie diminuait de violence quand les Congressistes embarquèrent à 17 h. 30 sur le bateau spécial qui devait, en croisière, leur faire parcourir jusqu'à plus de minuit le lac de Zurich. Sans le soleil, les couleurs avaient perdu de leur vivacité et les hautes montagnes s'étaient coiffées de nuages. Longeant la rive Nord du Lac, toute parsemée de villas, le bateau gagna Kusnach, où le Dr. Th. Brunner nous attendait pour nous faire les honneurs de son célèbre sanatorium. Une réception fastueuse et d'une touchante cordialité y fut réservée aux Congressistes. La pluie ayant interdit le parc somptueux, les Congressistes se retrouvèrent dans un vaste et vieux cellier où un buffet merveilleux était servi ; la réception fut agrémentée d'aubades que des enfants du pays, vêtus de leurs costumes locaux, donnèrent avec un entrain et un art musical digne des meilleurs artistes.

***

Le Dr Th. Brunner souhaita la bienvenue dans les termes suivants :

Mesdames et Messieurs,
Chers Confrères,

En vous souhaitant à tous la bienvenue, je vous demande la permission de vous donner quelques informations sur la clinique privée qui a l'honneur de vous recevoir dans ce moment.

Depuis mon arrière-grand-père, mes ancêtres étaient des médecins et habitaient ma maison natale. Mes deux fils, qui étudient la médecine, vont continuer cette tradition.

En 1840, mon grand-père a fondé notre clinique en recevant des convalescents. Il donnait outre un traitement général des bains, soit minéraux, soit végéteaux, soit de vapeur. Aussi ordonnait-il fréquemment des bains dans le lac.

En 1890, mon père a organisé notre clinique pour le traitement des maladies mentales et, dans les années suivantes, la clinique s'est développée au niveau actuel où elle compte cinq maisons ouvertes ou demi-ouvertes, y compris une section fermée.

La mort de mon père en 1908 m'a appelé à diriger notre établissement, secondé par ma femme qui s'est occupée de la direction commerciale, ainsi que de tous les petits et grands soins des malades avec un dévouement admirable. Je ne manque pas de mentionner ma mère, qui décédait 14 ans après mon père. Elle a des mérites inoubliables pour la prospérité de la clinique.

En général, le traitement des malades chez nous est comme partout ailleurs. Il faut mentionner à part le traitement intrarachidien dans la paralysie progressive et dans le tabès, traitement seul, ou combiné avec malaria, dont j'ai parlé lors de notre dernier Congrès en Suisse à Lausanne, il y a dix ans.

Presque tous les bâtiments de la clinique ont joué un rôle historique. La maison principale, ma maison natale, appartenait, au Moyen-Age, à l'ordre des Chevaliers de St-Jean-de-Jérusalem et plus tard au couvent d'Engelberg (Canton d'Obwalden). A la fin du XVIIIe siècle, elle est devenue la propriété de ma famille. En 1830, des esprits libéraux de la campagne du canton de Zurich, parmi eux mon arrière-grand-père et mon grand-père, se révoltèrent contre le régime aristocratique de la ville de Zurich et, dans cette maison, fut composée la constitution démocratique du canton, qui a duré jusqu'à aujourd'hui.

Dans mon enfance, George Clémenceau, alors simple journaliste, venait souvent voir dans notre maison mon oncle, qui était professeur d'histoire au lycée cantonal à Zurich.

Dans la petite maison annexe, appelée « Geduld » (patience), le patriote et révolutionnaire italien Mazzini trouva deux fois un asile, en 1850 et 1852.

La maison « Seehof » fut construite en 1630 par un colonel, Lochmann, de Zurich, commandant le régiment suisse du même nom sous Louis XIV. De 1830 à 1834, y était installé le premier institut cantonal pour l'instruction de maîtres d'écoles. De 1868 à 1872, elle a hébergé notre célèbre poète suisse C.-F. Meyer, qui y composa son roman historique « Jürg Jenatsch ». Vous trouvez, dans cette maison, des boiseries riches, des stucs et des poêles de faïence.

Le vieux bâtiment où nous nous trouvons à présent date probablement du XIIe siècle. Sa destination à ce temps n'est pas connue. Plus tard, de même, comme la maison principale et le port, il devint la propriété de l'ordre des Chevaliers de St-Jean et ensuite du couvent d'Engelberg. Pendant cette époque, la population de Kusnacht et de ses environs y paya la dîme. Un pressoir était installé au centre de la localité encore dans mon enfance. En 1932, nous avons découvert, sur le mur du côté du lac, des fresques représentant des sujets de l'histoire sainte. Elles datent du commencement du XVe siècle.

Mesdames et Messieurs, malheureusement, notre temps est très limité. Ceux parmi vous qui s'intéressent à l'intérieur des maisons de la clinique sont priés d'y entrer. Les maisons sont ouvertes et vous trouverez partout des guides. Moi, je serai entièrement à votre disposition.

Je vous souhaite encore une fois cordialement la bienvenue.



Le Président Crouzon, après avoir remercié le Comité de Zurich et le Dr Brunner de leur aimable réception, s'exprima ainsi :

Il serait trop long d'énumérer les écrivains, les penseurs, les artistes, qui ont illustré la ville de la Limmat et célébré le lac de Zurich. Mais on serait inexcusable de ne pas mentionner Conrad-Ferdinand Meyer, qui a séjourné à Küsnacht, et le romancier et poète Gottfried Keller, né à Zurich le 19 juillet 1819, dont les œuvres sont connues dans toute l'Europe, « les *Gens de Seldwyla* » et « le *Vert Henri* ». Ce qui le caractérise, avant tout, c'est l'amour des humbles, un sentiment profond de la nature et la passion de la liberté.

Au milieu du XVIIIe siècle, Zurich a été, avec Hambourg, la principale métropole de la littérature allemande.

« Bodmer pensait trouver en Klopstock un prophète, un saint, « en même temps qu'un disciple soumis, dont les chefs-d'œuvre « confirmeraient ses théories sur « *le merveilleux* ». Lorsque « parurent, dans la *Revue de Brême* (1748), les trois premiers « chants de la *Messiade*, le patriarche manifesta un enthousiasme « lyrique. Il invita le jeune poète à se rendre à Zurich. Klopstock « y arriva en juillet 1750, en compagnie du philosophe Sulzer. « Accueilli avec faveur par la jeunesse de Zurich, le chantre du

« Messie ne songea qu'à se divertir, et goûta médiocrement l'aus-
« térité biblique de son protecteur. Celui-ci, dont les plus chères
« espérances étaient déçues, lui retira bientôt son estime et son
« appui... » (1).

Il passa 9 mois à Zurich, enchanté par le site et par les mœurs. Il y a écrit la plus grande partie des 5e et 6e chants de la *Messiade*.

Le jeudi 30 juillet 1750, on avait organisé une promenade sur le lac de Zurich, à laquelle 18 personnes prirent part, presque tous des jeunes gens appartenant aux meilleures familles de Zurich. Et le lac de Zurich inspire à Klopstock un de ses poèmes, la célèbre *Ode au lac,* que Schiller admirait, mais qui ne mérite pas l'immortalité.

« Klopstock, inférieur en cela à Haller qui, dès 1729, avait
« chanté les Alpes, ne sait point manier le pinceau. On chercherait
« vainement dans cette Ode une description de Zurich, du lac
« ou des Alpes. Le poète ne sait exprimer que des sentiments et
« des réflexions sur ces sentiments. Il invoque d'abord la Joie et
« la prie de lui inspirer de juvéniles accents, puis, il énumère les
« objets qui l'ont charmé : la beauté du paysage, qu'il se garde de
« décrire, la grâce de ses compagnes de voyage, les chants qui
« ont égayé la traversée, les agréments de la conversation. Tous
« ces plaisirs, c'est à l'amitié qu'il doit de les avoir goûtés ; ni
« le printemps, ni le vin, ni la gloire, ne donnent de jouissances
« aussi pures. Et, en terminant, Klopstock se souvient, avec mélan-
« colie, des amis absents qu'il aurait voulu associer au bonheur de
« cette belle journée. » (2).

Klopstock quitta Zurich pour le Danemark où il passa 20 ans. Il fut nommé citoyen français par la Constituante, membre de l'Institut de France et cette illustre compagnie, au moment de sa mort, s'associa au deuil de l'Allemagne. L'influence de Klopstock a dépassé la valeur de son œuvre.

Klopstock manque ordinairement de naturel, et sa sensibilité, son émotion, sont factices. Quelle différence avec Gœthe qui, lui aussi, fit, le 15 juillet 1775, une promenade sur le lac !

Afin d'échapper, semble-t-il, à son amour pour Lili Schoenemann, dont il avait fait la connaissance et dont il s'était épris

---

(1) et (2) E.-Henri Bloch. — *Pages choisies de littérature allemande.*

vers la fin de 1774, il accepta l'invitation des comtes de Stolberg, qui l'entraînèrent en Suisse. A Zurich, Gœthe rendit visite à Lavater, avec lequel il s'entretint longtemps de sa « Physiognomik », puis à Bodmer. Celui-ci habitait « une demeure vraiment idyllique ». De ses fenêtres, on voyait une grande partie de la grande ville, sur l'autre rive de la Limmat, la petite ville, vers le couchant les fertiles campagnes de la Sihl, en arrière, à gauche, une partie du lac avec sa plaine brillante et la variété infinie de ses rives, où les montagnes alternent avec les vallées. Gœthe rencontra dans Zurich un ami, originaire comme lui de Francfort, le jeune Passavant, qui le décida à faire la traversée. On aborda à Richterswyl, où l'on rendit visite à un ami de Lavater, le docteur en médecine Hotze, qui jouissait d'une grande réputation, et dont Lavater a tracé le portrait dans la « Physiognomie ». Avant de descendre dans la vallée de Schindeleggi, Gœthe se retourna encore une fois pour graver dans sa mémoire l'image ravissante du lac. Dans ses Mémoires (*Vérité et Poésie*), il nous donne la poésie que lui avaient inspirée et Zurich et le souvenir de Lili Schoenemann :

« Dans ce libre univers, je puise une nourriture vivifiante et un « sang nouveau. Qu'elle est gracieuse et douce la nature qui me « presse sur son cœur ! Le flot berce notre nacelle au rythme de « la rame, et montagnes, nuages et ciel accompagnent notre course.

« O mes yeux, pourquoi vous baisser ?

« Songes dorés, revenez-vous vers moi ?

« Fuyez, songes, si brillants que vous soyez ! En ces lieux aussi « règnent l'amour et la vie !

« Sur les vagues scintillent mille flottantes étoiles ; une légère « brume voile à l'entour les sommets lointains ; la brise matinale « voltige autour de la rive ombreuse, et dans le lac se mirent les « treilles mûrissantes. »

Cette traduction ne saurait rendre ni le rythme, ni la fraîcheur, ni l'enthousiasme de l'original que voici :

« Und frische Nahrung, neues Blut
« Saug'ich aus freier Welt ;
« Wie ist Natur so hold und gut,
« Die mich am Busen hält !
« Die Welle wieget unsern Kahn
« Im Rudertakt hinauf,
« Und Berge, wolkig himmelan
« Begegnen unsern Lauf.

« Aug' ? mein Aug' ? was sinkst du nieder ?
« Goldne Träume, kommt ihr wieder ?
« Weg, du Traum, so Gold du bist ;
« Hier auch Lieb' und Leben ist.

« Auf der Welle blinken
« Tausend schwebende Sterne ;
« Weiche Nebel trinken
« Rings die türmende Ferne,
« Morgenwind umflügelt
« Die beschattete Bucht
« Und im See bespiegelt
« Sich die reifende Frucht. »

En évoquant ces souvenirs poétiques, je voudrais, non seulement graver plus profondément dans votre mémoire les bons moments passés à Zurich et sur son lac, je voudrais aussi que ces quelques mots témoignent de notre gratitude envers nos confrères de Zurich et envers leur belle ville.

Après la visite de ce confortable sanatorium où maints souvenirs historiques flottent dans l'air, les Congressistes embarquèrent pour la presqu'île de l'Au où ils arrivèrent à la nuit tombante. Après une savoureuse collation champêtre, on dansa longtemps au son d'une musique endiablée. Puis ce fut le retour vers Zurich sur les eaux calmes du lac où se miraient une multitude de points lumineux.

Excursion à Kreuzlingen

Jeudi 23 juillet, à 11 heures 25, le train spécial emportait les Congressistes de Zurich pour Kreuzlingen, sur les bords du lac de Constance. On fit la surprise de passer par Schaffhausen. Le temps était splendide, ce qui permit d'admirer, dans un poudroiement d'écumes, les fameuses chutes du Rhin. A Kreuzlingen, le Dr L. Binswanger nous attendait au seuil de la Clinique Belle-Vue. Tout était en fête pour nous recevoir. Après une collation savoureuse prise au milieu de la plus charmante et de la plus franche gaieté, le Dr Ludwig Binswanger prononça l'allocution suivante :

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

En ma qualité de médecin-chef, je vous souhaite la bienvenue à Bellevue et je vous remercie de tout cœur du grand honneur que vous me faites en venant chez nous. J'en suis d'autant plus heureux que, dès ma jeunesse, j'ai aimé votre beau pays et ses grands hommes, votre littérature et votre art, votre philosophie et votre science. Le vrai Suisse, vous le savez bien, aime avant tout sa patrie, ce qui ne l'empêche pas de porter ses sympathies là où il peut admirer et s'instruire. D'autre part, je suis ravi de profiter de cette occasion pour vous prouver ma gratitude en souvenir de l'accueil charmant et délicieux que vous me fîtes à maintes reprises à moi-même et à mes confrères.

Mesdames et Messieurs, vous êtes des hôtes charmants — je n'ai pas besoin d'ajouter que je dis cela spécialement pour vous, Mesdames — mais d'autre part, vous appartenez à la nation la plus critique, nation qui, comme l'a dit Paul Valéry, est assez difficile pour ne pas goûter entièrement ce qu'elle ne peut goûter après réflexion, car elle n'admire tout à fait que lorsqu'elle a trouvé des raisons solides et universelles de son plaisir. Je me rends donc très bien compte qu'il est difficile pour notre clinique de bien passer l'épreuve de ce grand jour, d'autant plus que ce qui la caractérise le plus — sa tradition — ne peut se présenter à vos yeux. Permettez-moi donc de vous en parler en quelques mots. Cette tradition est une tradition purement familiale ; car, fondée il y a bientôt 80 ans par mon grand-père, la clinique a été dirigée pendant 30 ans par mon père et depuis 1910, par moi-même. Je suis secondé par mon frère qui en assure la direction administrative. Oserais-je vous dire que tradition ne veut pas dire conservatisme, car elle ne permet pas seulement le vrai progrès, mais à mon avis, elle en est la base. Ainsi l'esprit traditionnel se montre chez nous, non seulement dans le domaine scientifique, mais bien encore dans le domaine du traitement médical et de la sollicitude qui entoure les malades. C'est également cette tradition qui inspire l'esprit patriarcal de la direction de Bellevue. Un pareil esprit doit être inspiré par la confiance absolue et entière de haut en bas et de bas en haut. Ce qui vous intéresse le plus est certainement le traitement des malades. Pareil à chaque clinique privée, Bellevue doit réunir un maxi-

mum de liberté à un maximum de sûreté et de protection, un maximum d'individualisme à un maximum de socialisation. Vous voyez, la clinique privée ressemble en cela au mariage, tous deux doivent réaliser le possible dans l'impossible.

Mais je ne veux pas abuser de votre patience. Si l'un ou l'autre d'entre vous s'intéresse aux détails, il trouvera toutes les indications dans la littérature mise à sa disposition, spécialement dans la chronique que j'ai écrite pour le 75e anniversaire de Bellevue.

Je vous remercie encore d'être venus si nombreux dans ce coin extrême de notre chère Suisse, et j'adresse à chacun une pensée sincère espérant que vous emporterez, de ces quelques heures, un bon souvenir.

*
**

Le Dr Crouzon, prenant à son tour la parole, s'exprima ainsi :

Ce sanatorium fut fondé en 1857 par Ludwig Binswanger, qui fut avec Zeller de Winnenthal et Jacobi l'apôtre de la libération de toute contrainte pour les aliénés en adoucissant le sort des malades dans un esprit d'humanité et en s'efforçant de leur donner l'impression d'une vie familiale.

Il eut deux fils, Robert Binswanger, qui lui succéda au sanatorium de Kreuzlingen et Otto Binswanger, qui fut professeur de psychiatrie.

Des deux fils de Robert Binswanger, l'un, Ludwig Binswanger est Directeur du Sanatorium depuis 1910 et nous est connu par ses travaux de phénoménologie, de psychologie et d'anthropologie ; l'autre, Otto Binswanger, administrateur du Sanatorium, est Président de la Société Suisse des Hôpitaux, la Veska.

Je voudrais, à cette occasion, souligner le grand intérêt de l'activité psychiatrique en Suisse en dehors des centres universitaires.

Je citerai quelques phrases du mémoire de M. Repond, paru récemment dans les *Annales Médico-Psychologiques :*

« La décentralisation et le particularisme helvétique font, cependant, que l'activité scientifique n'est nullement concentrée dans les centres universitaires, mais se fait aussi bien remarquer dans les différents établissements cantonaux

publics ou privés. C'est ainsi qu'une partie fort importante des travaux de Bleuler avait été déjà conçue alors que ce dernier était Directeur de l'Asile cantonal zurichois de Rheinau. De même, un des auteurs les plus marquants de la psychiatrie suisse, prématurément enlevé à la science, il y a quelques années, le Dr Rorschach, était médecin-adjoint à l'Asile d'Hérisau, dans le canton d'Appenzell, lorsqu'il publia ses travaux si connus, notamment ses fameuses expériences sur l'interprétation des images en taches (Formdeuteversuch). »

Messieurs, en venant ici, nous avons admiré les beaux sites du petit lac de Constance, où se trouve un couvent célèbre dans l'île de Reichenau ; le château d'Arenenberg, qui évoque les souvenirs de Napoléon III et de la reine Hortense et le château d'Eugenberg, qui évoque ceux d'Eugène de Beauharnais. Nous verrons au retour la pittoresque ville de Stein-am-Rhein.

Nous aurons alors le regret de quitter nos amis de Zurich.

Messieurs, nous allons visiter le sanatorium et je remercie en votre nom MM. Ludwig et Otto Binswanger de l'aimable réception qu'ils nous préparent.

Je remercie le Comité local de Zurich et à sa tête le Professeur Maier et le Dr Kurt Binswanger, le Dr Walter, qui a organisé le banquet et le Secrétariat, qui fit profiter le Comité de son expérience ; le Dr Littmann, qui a rédigé le précieux guide de Zurich, qui nous fut si utile ; Mme Sprecher, à la tête du Comité des Dames, qui s'est dépensée avec ses collaboratrices pour distraire les dames participant au Congrès : le Dr Brunner, qui nous a quittés hier dans une vision de féérie à Küsnacht, après avoir organisé cette remarquable excursion sur le lac. Nous avons été reçus hier dans l'endroit historique, dont parlait le Professeur Clerc avant-hier, la presqu'île de l'Au, célébrée par Klopstock. Nous avons pu, malgré un temps peu engageant dès l'après-midi, admirer le lac au soleil couchant et nous sommes rentrés à Zurich dans le scintillement des lumières du soir et dans l'émerveillement des réceptions qui nous ont été offertes.



Le Dr Alexander Walk, au nom des délégués étrangers, s'associe aux paroles du Président en remerciant nos hôtes d'aujourd'hui, ainsi que ceux d'hier et ceux encore à venir. Il raconte quelques anecdotes anglaises, entre autre celle d'un

malade tapageur que le médecin avait un peu grondé ; le malade dit alors au médecin : « Savez-vous quelle est la différence entre vous et moi ? C'est que moi, je suis un maniaque, mais je vais guérir ; vous, vous êtes un sot et vous n'en guérirez jamais. » Il termine ainsi : « Peut-être sommes-nous encore des sots aux yeux de nos malades ; mais si jamais nous atteignons à la sagesse, ce sera, à coup sûr, grâce à des Congrès comme celui-ci, grâce à ceux qui, par leurs efforts organisateurs ou leur généreuse hospitalité, en rendent possible le succès. »

***

Le retour se fit en bateau jusqu'à Stein-am-Rhein, délicieuse petite ville moyenâgeuse, qui a gardé toute la fraîcheur de son époque.

Réception à la Waldau à Berne

Le soleil brillant de tout son éclat dans un ciel pur, la réception du vendredi 24 juillet, à la Waldau, put avoir lieu en plein air, dans la cour d'honneur de l'Etablissement. Une collation savoureuse y fut servie. Sur une vaste estrade, décorée des drapeaux de tous les pays qui étaient représentés au Congrès, une musique entraînante fit entendre un concert de choix, sans oublier l'exécution des airs nationaux.

***

Après un premier appel de clairon, le Professeur Klaesi, d'une voix chaude et vigoureuse, nous souhaita la bienvenue.

Mesdames, Messieurs,
Chers Congressistes,

Je vous souhaite, comme Directeur de la Clinique Psychiatrique Universitaire et des Maisons de Santé de la Waldau, la plus cordiale bienvenue, me servant de la langue française, cette fois, non par politesse suisse alémanique, mais pour représenter la partie du Canton de Berne de langue française qui, vous le savez déjà, se trouve à la limite des deux langues. A peu près deux cent mille de ses habitants parlent français,

et dans notre hôpital, chaque infirmier et chaque infirmière doivent savoir les deux langues.

Je voudrais attirer votre attention sur les impressions que vous avez pu retirer de votre promenade de tout à l'heure, principalement sur l'aspect de la ville de Berne si particulier et classique qu'il fait réfléchir chaque connaisseur en architecture. Quelques-uns d'entre vous — et spécialement les Parisiens — ont peut-être même comparé justement certaines rues de Berne avec la rue St-Honoré ou la rue Rivoli ou avec le boulevard St-Germain, car comme là aussi les maisons de quelques rues de Berne sont différentes l'une de l'autre et cependant montrent le même style et le même esprit historique, non seulement historique dans le sens du temps, mais aussi dans le sens politique et culturel.

Pour être clair et compréhensible, je vais vous citer deux ou trois petits faits de l'histoire de la ville et république de Berne, sans oublier de dire — je le souligne ici à haute voix — que moi-même je ne suis pas Bernois ; je viens en effet de la Suisse orientale (aussi petite qu'elle soit, nous y différencions quand même un orient, un occident, un sud et un nord). Je ne parlerai pas de mes propres ancêtres, *ni du présent*.

C'était au temps du Roi Soleil, allié des Bernois et des autres Confédérés, qu'un général français occupa avec ses troupes, la Savoie, en guerre contre l'Italie. Aussitôt leurs excellences de Berne (je parle du gouvernement aristocratique) demandèrent le retrait des troupes royales en rappelant que leur voisinage pourrait incommoder leurs alliés de Genève. Mais comment le demandèrent-elles ? Elles écrivirent au roi : « Majesté et très cher ami », en se plaçant, vous le voyez, avec un naturel parfait, sur le même rang, tant était grande la conscience d'eux-mêmes, de leur souveraineté, de leur indépendance et de leur noblesse. Le général refusa, mais leurs excellences répétèrent leur demande et les troupes durent s'éloigner.

Une autre fois, il s'agissait des persécutions des Huguenots en Alsace. De nouveau leurs excellences s'adressèrent sous le titre de « Majesté et très cher ami » au roi, en lui expliquant qu'elles ne voulaient pas se mêler des affaires françaises, mais quant aux Huguenots, ils désiraient intervenir à cause de leur parenté spéciale avec l'Alsace et par crainte que ces persécutions puissent produire une mauvaise impression sur leurs propres sujets à Berne et sur ses confédérés suisses pro-

testants et de langue allemande. Le roi promit de modérer les mesures prises et le fit.

Je pense que vous aussi savez estimer et admirer un tel esprit souverain et princier, et une telle amitié. Quant à moi, je suis plein de vénération et d'enthousiasme. Rien d'étonnant que l'architecture, qui est le plus représentatif et le plus royal des arts, ait trouvé un foyer principal justement dans le vieux Berne et qu'ici encore, aujourd'hui, la dignité, la fermeté de la volonté et la noblesse des ancêtres percent par toutes les fenêtres des vieilles maisons de nos rues et nous regardent de toutes les fontaines. Est-ce qu'il y a quelque chose de plus beau et de plus élevant qu'un tel symbole permanent d'un état conscient de soi-même, de fierté et de solidarité ? Aussi Napoléon le grand en fut-il captivé. Il jugea Berne l'Etat le plus sûr et le mieux organisé de toute l'Europe et on sait qu'il donna à Marie-Louise le conseil de se faire bernoise avec son fils dans le cas où la dynastie napoléonienne ne pourrait plus rester en France. Il a même exprimé le désir qu'en de telles circonstances, le roi de Rome épousât une fille de nos Patriciens et tâchât de devenir avoué de Berne !

Les temps ont changé ! Nous ne sommes plus alliés comme l'étaient les Bourbons et les vieux Bernois, mais quand même nous sommes encore aujourd'hui liés, je ne pense naturellement pas aux liens de la « Société des Nations », mais à notre alliance de l'esprit de la science et de la liberté, liberté qui est un don fécond, précieux et divin, si l'on a appris à s'en servir, mais qui peut être en même temps un fléau infernal si elle est comprise comme justification de faire tout ce qu'on veut sans prendre d'égards vis-à-vis des autres et sans se rendre compte des effets pour la collectivité. Eh bien ! chers Congressistes, c'est aussi à nous, comme éducateurs et rééducateurs des individus qui nous sont confiés, de faire notre possible pour les élever dans le sens de l'hygiène mentale vers un but utile et fécond pour leurs patries.

Je lèverai mon verre pour une bonne issue d'une telle collaboration !

Je ne veux pas terminer mon allocution sans profiter de l'occasion de vous remercier d'un service que m'a rendu, il y a 22 ans, votre patrie : la France. Ayant été médecin volontaire à la Clinique Charcot de la Salpêtrière à Paris, j'avais contracté une terrible typhoïde. M. Dejerine, mon très cher maître, me plaça à l'Hôpital St-Joseph sur le Mont-Rouge, où je

fus entouré de tant de soins et de sollicitudes que ce temps de maladie me semblait, par la suite, le plus beau de tout mon séjour à Paris.

Je vous assure que jamais je n'oublierai la Ville Lumière et ce pays de l'Esprit, la France, qui m'ont reçu et soigné comme un de leurs propres fils.



Après un nouvel appel de clairon, le Président Crouzon prononça l'allocution suivante :

Le document le plus ancien ayant trait aux aliénés en Suisse appartient au Canton de Berne. D'après Charles Ladame et Weber, il remonte à mars 1353. A cette époque, les malades étaient confiés à des particuliers ou laissés en liberté.

On sait cependant que, vers l'année 1300, Königsfelden fut tout à la fois Couvent et Hôpital. Vers 1520, la Réforme y pénétra et, huit ans plus tard, sous la domination bernoise, un hospice, en partie destiné aux aliénés, y fut installé ; un règlement fut établi en 1548 pour fixer le mode d'existence des pensionnaires.

Au premier agrandissement de Königsfelden, en 1682, succéda celui de 1766. Le premier règlement cantonal de cet asile date de 1798. C'est à Berne que revient l'honneur d'avoir érigé le premier asile destiné à soigner les vésaniques. L'idée en surgit en 1730, mais la Tollhaus ne fut achevée et ouverte que le 1[er] janvier 1749 ; elle fut agrandie, deux fois désaffectée en 1855 et utilisée de nouveau, 25 ans plus tard.

Au XVI[e] siècle, à Berne, on envoyait des aliénés guérissables à l'Hôpital de l'Isle, les incurables à l'Hôpital du bas.

Au XVII[e] siècle, en raison du manque de place, on discuta le projet d'employer, au traitement des aliénés, les léproseries et les maisons affectées aux vénériens. Ce projet fut rejeté.

La Waldau à Berne s'ouvrit en 1855 ; appartenant d'abord à une corporation, elle devint propriété de l'Etat en 1884. L'ancien bâtiment n'est que le centre de toute une série de pavillons construits depuis, en 1864 d'abord, puis en 1890 pour le pavillon des hommes ; enfin, en 1916, fut construit un pavillon mixte.

Le Canton de Berne, en 1895, a créé également le grand Asile de Munsingen.

La Clinique de la Waldau à Berne est actuellement dirigée par le Professeur Klaesi.

Le Professeur Klaesi estime que le tableau pathologique des maladies mentales ne serait pas la résultante de la maladie seule, mais une résultante, un compromis de celle-ci avec une personnalité préexistante. Ses travaux d'anatomie pathologique ont trait à l'histoire du développement de certaines attitudes étudiées parallèlement chez l'homme et chez les animaux. Le Professeur Klaesi a étudié la thérapeutique de la schizophrénie par la cure de sommeil prolongé.

Il nous a donné récemment dans le *Schweizer Medizinische Wochenschrift* ses vues personnelles sur l'orientation moderne d'une Clinique psychiatrique universitaire suisse, sur la séparation de la chaire et de l'asile et la séparation de tous les cas aigus, la Clinique-Université étant transformée en service d'admission et ainsi débarrassée de toutes les besognes administratives non scientifiques qui sont réservées à l'Asile, tout en laissant à la chaire d'enseignement, par la proximité de l'Asile, la possibilité de puiser dans les réserves de cet établissement.

M. Morgenthaler, privat-docent, s'est occupé surtout de l'organisation de l'enseignement du personnel infirmier.

Après cet hommage rendu au Professeur Klaesi et à la psychiatrie bernoise, le Président évoque le souvenir du célèbre médecin suisse : Johann Georg Zimmermann :

J. G. Zimmermann (1), dont nos grands-parents lisaient encore le livre sur la Solitude, est complètement oublié. Il ne l'est pas moins comme médecin. Mais il représente un type fort intéressant de médecin du XVIIIᵉ siècle.

C'est avant tout un élève de Haller, à qui l'on a eu le tort de vouloir le comparer. Gœthe, à qui Zimmermann rendit visite à Francfort en 1775, déclare que l'époque où il vit est « exigeante », qu'on exigeait de soi et d'autrui ce que jamais homme n'avait donné. »

Né le 8 décembre 1728 à Brugg, fils d'un bourgeois estimé, Zimmermann passe sa première enfance dans cette ville, puis

---

(1) Siegrist, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 8 décembre 1928. Numéro publié à l'occasion du deuxième centenaire de la naissance de Zimmermann.

poursuit ses études à Berne. Adepte du nationalisme, il veut servir l'humanité et devenir médecin. Il est reçu en automne 1747 dans la maison de Haller à Göttingen, hospitalière aux jeunes Suisses qui venàient chercher auprès de leur illustre compatriote un guide, un conseiller et un ami.

Zimmermann passa quatre années auprès de Haller, années de labeur intense, sans distractions, mais fécondes, parce que le jeune homme eut l'occasion de développer sa culture générale. Haller qui l'estimait beaucoup, et voyait peut-être en lui le continuateur de son œuvre, lui proposa comme sujet de thèse : *l'Irritabilité*, problème qui le préoccupait depuis quelque temps. Il s'agissait d'abord de déterminer par des expériences sur les animaux, quels organes se contractent par l'excitation. Le candidat put démontrer que les tissus adipeux, les membranes, les tendons, etc., ne possédaient aucune irritabilité, que les muscles, l'estomac, les intestins étaient irritables au plus haut degré. Sa conclusion était que l'irritabilité caractérisait la fibre animale. Ce travail, publié en 1751, dû à l'initiative de Haller, eut quelque succès. Il donnait, d'après Karcher (1), les résultats de plus de 200 expériences. Haller laissait à ses élèves la plus grande liberté dans l'exposition de leurs idées. C'est ainsi que Zimmermann ne distingue pas, contrairement à son maître, la sensibilité de l'irritabilité. Alors que les expériences étaient conduites avec toute la rigueur scientifique, l'interprétation qu'en donne le jeune docteur laisse souvent trop de place à la fantaisie et à des discussions scolastiques avec des adversaires réels ou imaginaires. Les plus grands médecins, Baglivi, Pacchioni, Zinn, sont l'objet de ses sarcasmes et de ses mordantes satires.

La première question traitée dans la thèse se rapportait à la sensibilité et l'irritabilité de la dure-mère. Zimmermann qui opérait sur des chiens arriva à la conclusion que la graisse, les tendons, le péritoine, le péricarde, etc... n'étaient pas excitables. La dure-mère ne montra de sensibilité que, lorsqu'à la fin de l'opération, le scalpel pénétra par la dure-mère dans le cerveau.

La seconde partie se rapporte à l'excitabilité et à la différenciation des nerfs. Zimmermann déclare que des nerfs dépendent presque tous les mouvements dans le corps de

---

(1) Karcher, *Ibid.*

l'animal. Il s'efforce de prouver l'inanité de la théorie qui veut que certains nerfs soient sensibles et que d'autres dirigent les mouvements. Pour la différenciation des nerfs, il part du fait observé que, dans une paralysie, la sensibilité existe tandis que la motilité est détruite, ou inversement qu'il y avait destruction de la sensibilité et conservation de la motilité. Les nerfs dirigent la sensibilité quand il y en a peu dans un grand secteur, le mouvement quand il y a en beaucoup dans un petit espace. Quand le nerf est ligaturé et qu'on a supprimé la liaison des parties avec le cerveau, la sensibilité disparaît. Si le nerf a été excité au-dessous de la ligature, le chien ne sent rien, il crie violemment quand l'excitation a lieu au-dessus de la ligature. Mais la partie placée au-dessus de la ligature ne diffère pas de la partie située au-dessous. Zimmermann conclut qu'il n'y a pas lieu de distinguer deux sortes de nerfs, dont les uns ont pour fonction le mouvement, les autres la sensibilité.

Dans la troisième partie, l'auteur étudie l'irritabilité du cœur et les mouvements péristaltiques des intestins. Il termine par de vagues maximes sur l'irritabilité et le cosmos qui sont dénuées d'intérêt. Haller rectifia et compléta les vues de son élève dans deux conférences devenues classiques à l'Académie de Goettingue, les 22 avril et 6 mai 1752. Il divise les parties du corps en parties irritables et sensibles et en parties qui ne sont ni l'un ni l'autre. Il appelle « irritable » une substance corporelle qui, au contact d'un instrument, se contracte ; « sensible », celle qui transmet l'impression de ce contact à la conscience. La peau est sensible, la sensibilité des muscles tient aux nerfs dont ils sont pourvus. Les nerfs sont la source de la sensibilité ; seuls, ils sont sensibles dans leur partie médullaire.

D'après Bouvier (1), ce que Zimmermann dit de la valeur de l'expérience, des conditions, des méthodes et des présomptions qui en sont les auxiliaires indispensables, a conservé aujourd'hui toute sa force.

Claude Bernard, le maître de la médecine expérimentale, a pu citer, cent ans plus tard, la définition de l'expérience et de l'observation que Zimmermann avait formulées.

« Ses études terminées, Zimmermann, selon l'usage, se rend

---

(1) Bouvier, *Ibid.*

en Hollande, à Paris, où il fait la connaissance de Sénac. Toutes les portes s'ouvraient à l'élève de Haller. En 1752, Zimmermann s'installe comme praticien à Berne, tandis que Haller, tout en pratiquant la médecine, avait trouvé le moyen de s'adonner à la botanique, à l'anatomie. »

Zimmermann est avide de réussir, mais compte surtout sur Haller qui, Zimmermann n'ayant pas réussi à Berne, lui procure un poste de médecin de la ville de Brugg où il reste de 1754 à 1768. La ville comptait 800 habitants. Zimmermann se marie, a des enfants, une position sûre et sa clientèle augmente. Mais l'inquiétude qui n'a jamais cessé de le tourmenter, lui met la plume en main.

En 1755, il écrit (malgré les protestations de l'intéressé) une *Vie de Haller ;* consacrée à la gloire de son maître, elle mettait le disciple en relief. Il ne parle pas des idées philosophiques de Haller. Zimmermann a d'ailleurs peu de goût pour les hautes spéculations. Malgré certaines lacunes, la biographie de Haller, par Zimmermann, est un des plus précieux documents que nous possédions sur l'illustre savant. « La seule contribution médicale de cette époque, dit Bouvier, fut son extrait de l'*Inoculation justifiée* de Tissot qui le mettra en relations avec son collègue de Lausanne et marquera le point de départ d'une amitié toujours croissante entre ces deux hommes. » En 1756. il publie des *Considérations sur la Solitude ;* Bouvier, à l'occasion du 2e centenaire de sa naissance, rappelle que dans son ouvrage sur la Solitude, Zimmermann a consacré une page à la joie d'écrire et de créer par la pensée et la plume. Il remarque, à cette occasion, que l'espoir de léguer à l'humanité son nom, de survivre par son œuvre, est un soutien et une satisfaction suprêmes pour l'écrivain.

La confiance de Zimmermann en lui-même n'a pas été déçue. Il écrit en 1758 une *Satire contre l'Orgueil national.* Haller vit sans joie son élève passer de la science à la littérature et surtout s'inspirer du nationalisme français, de Voltaire, de Rousseau et de Montesquieu, qui lui étaient odieux.

Il écrit deux livres sur l'expérience en médecine : c'est *la Philosophie du Médecin de Zimmermann,* que je résumerai d'après Owsei Temkin (1).

« *Les principes qu'il y expose se rattachent étroitement à la*

(1) Owsei Temkin, *Ibid.*

pratique. L'expérience est moins un ensemble de connaissances qu'un art d'opérer sagement. Il faut distinguer l'expérience vraie de la fausse, savoir intervenir à propos et avec bon sens, combattre les préjugés, les superstitions.

Zimmermann resta toute sa vie un praticien, son livre n'est pas une philosophie, de la médecine, mais un manuel du bon médecin.

« Le temps des grands systèmes médicaux (iatrophysique, iatrochimie) n'est plus. Il s'agit, d'une part, d'élargir l'horizon du médecin, de le tirer de son isolement, de l'introduire dans le monde, d'autre part, de montrer au public l'intérêt qu'il y a pour lui à fuir les charlatans et à se fier à des praticiens cultivés. L'ouvrage répond heureusement à cette double fin.

« *Les trois éléments de l'expérience sont : l'érudition, l'esprit d'observation, le génie.* « L'érudition nous donne le savoir historique, l'esprit d'observation nous apprend à voir, le génie à conclure. »

« L'ouvrage se compose donc de trois parties. Il est d'ailleurs inachevé.

« *L'érudition* consiste à étudier les opinions et les observations des médecins. Zimmermann a, de l'histoire, la même conception que les rationalistes, pour qui les vérités ont une valeur absolue et universelle, et non pas relative au temps. *Le manque de sens historique — tel que nous l'entendons — de Zimmermann, se manifeste dans son jugement sur Paracelse* qu'il traite d'ivrogne, de vagabond et de mystagogue. Il recommande l'étude *des médecins anciens, d'Hippocrate, de Galien et parmi les modernes, de Sydenham, de Boerhave, le médecin ne pouvant se borner à ses observations personnelles, limitées dans l'espace et le temps.* « L'homme, dit-il, est partout le même dans des conditions semblables, la plupart de ses maladies sont, quant à leur début, leur processus et leur issue, aussi constantes que les plantes qui, en un ordre constant, sortent des mêmes semences, dans le même sol, et fleurissent, poussent et périssent toujours de même. »

« *L'esprit d'observation* a pour rôle d'étudier et d'interpréter les symptômes, par exemple : la toux, la fièvre, l'insomnie. Zimmermann distingue un peu subtilement les symptômes et les signes. Les modifications psychiques ont pour lui autant d'importance que les somatiques. Le médecin doit être psychologue autant que naturaliste. L'étiologie réclame du génie. Ici, l'observation ne suffit plus. Il faut conclure. A cet effet, le

médecin procède par analogie ou par induction. Il est indispensable de tout connaître du malade, toutes ses fonctions, pour arriver à connaître, par des déductions rigoureuses, les causes et la nature de la maladie.

« *Le génie en médecine,* ramené à ses premiers principes, c'est l'art d'embrasser soudain d'un coup d'œil une foule de faits épars, de les relier et, de ces liaisons, de parvenir à des conclusions lumineuses, à aller du connu à l'inconnu. »

« *Ce que Zimmermann appelle génie correspond à l'intuition.* Ce qu'il appelle philosophie, c'est une certaine attitude intellectuelle, le mépris de la superstition, des préjugés, la foi en la raison. Il faut savoir gré à Zimmermann d'avoir établi le type du médecin tel que son siècle le réclamait et tel qu'il était nécessaire au développement ultérieur de la médecine. »

Il n'y avait pas plus d'originalité dans son ouvrage sur la *Dysenterie,* fortement empreint de rationalisme. Le peuple est sot, superstitieux, par conséquent malheureux et malade. Les « lumières » seules peuvent le conduire à la santé et au bonheur.

La dysenterie qui, de 1750 à 1760, avait causé de grands ravages dans toute l'Europe, envahit en 1765 la Suisse et la Souabe, particulièrement le canton de Berne, la Thurgovie et l'Argovie. Nommé par le gouvernement de Berne médecin inspecteur du bailliage de Wildenstein, Zimmermann réunit dans son livre ses observations et ses expériences sur la dysenterie répandue dans la population en 1765. Il y relate les préjugés qui l'ont accompagnée avec quelques vues sur la guérison de ces préjugés.

Il y souligne les difficultés et les résistances qu'il rencontra, ne ménageant ni les administrations ayant charge de la santé publique, ni les pasteurs ignorants et superstitieux. Zimmermann fut encore plus utile comme praticien. Berne rendit hommage à son dévouement et à ses succès. En neuf chapitres, Zimmermann rend compte de ses observations, indique la cure par lui prescrite, la compare aux procédés d'autres médecins. La dysenterie s'étant aggravée en 1766, un dixième chapitre vient compléter l'ouvrage, résumant tout ce que les Anglais avaient écrit sur la question et étudiant quelques variétés très dangereuses de la dysenterie. En hiver 1765, avait éclaté une épidémie d'influenza. Zimmermann, d'après les symptômes de la maladie, y vit une variété de la dysenterie. Mais tandis qu'il avait pu instituer un traitement

efficace de la dysenterie, il se trouva parfois impuissant contre l'influenza. Il ne croit pas la dysenterie contagieuse en elle-même, mais la contagion, fréquente dans les hôpitaux et les armées, est due aux déjections et excréments des malades, au manque d'hygiène. Il se donne une peine infinie pour améliorer les conditions hygiéniques des patients, insistant sur la ration, la propreté, le nettoyage fréquent du linge, la nécessité d'éloigner les lieux d'aisance des maisons habitées, etc... Il condamne l'abus du vin, de l'eau-de-vie, les aliments indigestes, recommande les fruits, le raisin, fait publier en chaire les mesures préventives contre la dysenterie et met, par la même voie, les paysans en garde contre les charlatans. Les pasteurs reçurent l'ordre de prévenir leurs ouailles que les autorités se désintéresseraient des malades qui ne suivraient pas les prescriptions officielles. La lutte que Zimmermann dut engager contre l'ignorance et la routine, contre l'ivrognerie, même contre les préjugés des ecclésiastiques, fut extrêmement pénible. Aux pasteurs, il demande instamment de lire l'*Avis au peuple*, de Tissot, dont il s'était inspiré dans le traitement de la dysenterie. Quelques-uns suivirent son conseil, d'autres ne lui cachèrent pas leur hostilité. Zimmermann souhaitait, dans l'intérêt de ses compatriotes, une collaboration confiante entre le clergé et les médecins. Il préconise les mesures prophylactiques contre les épidémies, des pénalités contre l'ivrognerie. Il avait, au plus haut degré, l'amour de sa profession, une grande pénétration d'esprit, un vif sentiment de sa responsabilité. Les malades n'eurent jamais à se plaindre de la véhémence de son tempérament.

Zimmermann était grand, très droit, avec des traits fortement accusés, le regard clair et pénétrant. Il portait une perruque anglaise poudrée. Ses premiers clients à Brugg furent de petites gens, des domestiques, des indigents. Sa clientèle ne s'améliora que lorsqu'il devint célèbre par ses écrits, ses articles médicaux. Il fut en relations avec quelques-uns des plus réputés médecins de la Suisse : Schobinger (St-Gall), Sulzer (Winterthur), Lang (Lucerne) et surtout Tissot, de Lausanne. Haller ne lui refusa jamais ses conseils, son appui, sans se laisser déconcerter par les extravagances et les sautes d'humeur de son élève. Il lui reprocha d'avoir trop subi l'influence de J.-J. Rousseau. Celui-ci avait en Suisse de nombreux adeptes. Ses idées avaient trouvé, dans la Suisse allemande, un terrain favorable et d'ailleurs tout préparé. A

Berne, les classes dirigeantes leur étaient naturellement hostiles et les amis de Zimmermann craignaient que la sympathie qu'il marquait aux conceptions de Jean-Jacques ne lui attirât des ennuis.

En 1763, Zimmermann songeait à écrire deux livres sur la Mélancolie et l'Hypochondrie. Il y renonça. A Brugg, il s'était fait un nom comme écrivain et comme médecin, d'après Karcher, mais les vieux praticiens de Brugg avaient vu d'un mauvais œil s'installer chez eux ce confrère jeune et remuant, qu'avait précédé déjà, dit Bouvier, un renom de savant, peut-être d'original. Pour compenser, en quelque sorte, l'absence de ressources intellectuelles de Brugg, il entre en correspondance avec plusieurs contemporains. Bouvier cite : Bodmer, Breitinger, Lavater, Gessner, Wiland (il s'est lié d'amitié avec Julie de Bondeli) ; enfin, il entretient un commerce épistolaire fréquent avec J.-G. Hirzel, médecin à Zurich et auteur du *Socrate rustique*.

A côté des bourgeois de sa ville natale, des paysans de la campagne, les seigneurs des environs, les baillis bernois deviennent ses clients ; les ponts-levis des châteaux, les portails en fer forgé à la française de Lenzbourg et de Soleure s'ouvrent devant lui ; des étrangers accourent de loin pour le consulter.

Zimmermann était ambitieux. Haller ne réussit pas à lui procurer une chaire à Gœttingen. Zimmermann n'avait aucune des qualités requises. En revanche, en 1768, il obtint une place de médecin du roi d'Angleterre à Hanovre. Il s'empressa d'y faire figure d'homme du monde et s'efforça de paraître élégant et — ce qui dut lui coûter — pondéré et traitable.

En effet, malade et découragé, il s'était montré insociable et hautain. » Pierre Astruc (1) cite les propos suivants : « Les femmes qui ont bu du café avec Georges II, écrit-il, se persuadent que je dois être à leurs ordres », et frémissant d'horreur à l'idée qu'un médecin pût être aussi souple qu'un valet de chambre, il réagit contre l'esclavage auquel on voulait l'astreindre et déclare que c'est à la maladie et non pas aux malades à calculer le nombre et les heures de visites du médecin.

Toutefois, ses débuts furent pénibles ; il connut, comme Haller, la nostalgie, perdit sa femme, fut souvent malade,

---

(1) *Progrès Médical*, n°s 11 et 12, 1934.

déprimé. Une hernie le tortura, même après l'opération, il continua de souffrir. Toutefois, le nombre et la qualité de ses clients, de ceux qui le consultèrent par écrit, augmenta rapidement. Il était certainement un excellent médecin. Johann Ernst Wichmann nous donne un aperçu de sa méthode « antigastrique » dans les maladies fiévreuses, « évacuante », antiseptique. A l'exemple de son ami Tissot, il avait recours aux eaux minérales, aux bains, clystères, sucs de plantes contre les maladies chroniques. Un autre médecin, Marcard, collègue de Zimmermann, vante sa maîtrise dans les maladies nerveuses sans pouvoir spécifier si le médecin de l'âme ou celui du corps amenait la guérison.

D'après Karcher, au début de juillet 1775, la petite ville de Brugg célébra, avec une pompe extraordinaire, la visite de Zimmermann qui était devenu le médecin et le confident des princes, de rois, l'ami de philosophes et d'écrivains illustres. Zimmermann n'avait pas eu à se louer de ses compatriotes qui l'avaient taxé d'ignorance, d'incompétence et de maladresse. Il ne leur avait pas non plus mâché quelques dures vérités. Malgré la chaleur et la solennité de l'accueil, Zimmermann ne resta qu'un jour à Brugg sous le vain prétexte qu'une maladie de Haller l'appelait à Berne. Ses compatriotes, déçus et mortifiés de ce départ subit, ne lui pardonnèrent jamais ce qu'ils considérèrent comme un affront.

A vrai dire, Zimmermann cherchait à Berne une situation, peut-être une femme lui ouvrant l'accès de l'aristocratie bernoise. Il avait perdu sa jeune femme, victime du climat et des fatigues. Son fils étudiait la médecine à Göttingen, puis à Strasbourg. Sa fille était en pension chez Tissot à Lausanne. Elle s'était éprise d'un « beau et noble jeune homme » qui se donna la mort quelques semaines après le départ de la jeune fille. Zimmermann essaya vainement de la consoler. Lors de son séjour à Francfort, chez Gœthe, Gattüngi se plaignit amèrement à la mère du poète de la dureté et de la cruauté de son père. Elle exagérait beaucoup. Mais comme son frère, elle détestait les amies de Zimmermann et sa rudesse bernoise s'accommodait mal des élégances du grand monde. La fille souffrait d'une tuberculose pulmonaire, le fils de psychopathie, double héritage de leurs parents et grands-parents. La seconde femme de Zimmermann, originaire de Cassel, qui le rendit aussi heureux qu'avec son caractère il pouvait l'être, compléta son éducation en lui donnant un tour nettement

allemand. Il ne s'intéressa plus à la Suisse. Il se mêla aux discussions et aux luttes de la période rationaliste, de celle de la tourmente littéraire du Sturm und Drang, de la Révolution et, comme il avait abandonné le parti libéral, il fut en butte aux attaques de ses anciens alliés qui finirent par ruiner sa renommée.

En 1784, une seconde édition de son ouvrage sur la *Solitude* lui valut les félicitations de Catherine II de Russie. Les Suisses, choqués par les indiscrétions, grossièretés, le ton licencieux de certains passages, restèrent silencieux et impassibles. Zimmermann renonça peu à peu à la médecine et voulut conquérir la gloire littéraire. Ce fut sa grande faute, comme aussi d'avoir renié sa patrie.

Une bague en diamants, une médaille d'or à son effigie, rapporte Pierre Astruc, furent les présents de l'impératrice Catherine II à Zimmermann pour le remercier des excellentes recettes qu'il a données à l'humanité dans son livre sur la Solitude. »

La souveraine de la Russie n'a été, écrit Marmier, que la splendide interprète des sentiments de tous ceux qui liront ce livre, non pas comme on lit un roman en courant d'une page à l'autre, mais avec une pensée sérieuse et réfléchie. »

Le goût de Zimmermann pour la solitude s'était développé à Brugg où il n'avait pas eu d'agrément. La société d'amis qu'il avait à Berne lui avait fait fréquemment défaut ; il est tombé alors dans l'hypocondrie et la solitude, au lieu de lui peser, lui fut légère ; il se délecta à la lecture des auteurs anciens et modernes qui ont décrit les charmes de la retraite, et il a écrit pour se procurer un amusement.

D'après lui, la solitude est une situation où l'âme s'abandonne à ses propres réflexions. Chacun se livre alors à ses méditations selon sa nature d'esprit, son développement d'intelligence et ses vues particulières.

Le penchant qui nous entraîne vers le monde est une œuvre d'oisiveté, un besoin factice, une habitude qui naît de l'ennui et de la curiosité. La solitude est donc recherchée par ceux qui aspirent à travailler à leur propre perfection ou à faire quelque chose pour les autres ou à fuir les vaines distractions et les stériles plaisirs des sociétés futiles. C'est, en effet, dans la solitude que la pensée est la plus active et la plus heureuse : on apprécie alors le charme du silence, la majesté de la nature, les ombres de la forêt, le calme de la

nuit. Mais la solitude a aussi des inconvénients pour le cœur et l'esprit : elle est désastreuse pour les oisifs, pour ceux qui ne peuvent pas vivre avec des gens raisonnables, pour les esprits intelligents qui n'ont pas assez de force pour soutenir leur effort. Et aussi les maladies morales et les passions s'aggravent par la solitude et nous entraînent alors vers la mélancolie. L'amour est aggravé par la solitude.

Zimmermann a recherché dans toutes les littératures, toutes les philosophies, les auteurs et les ouvrages qui traitaient de son sujet de prédilection. Il a rappelé les descriptions d'Homère, la retraite de Démosthène, le jardin d'Epicure, le désert de Saint-Jérôme, l'amour de la solitude chez Cicéron, Horace, Scipion, Dioclétien, Pline le Jeune, Plutarque, Bernardin de Saint-Pierre, Zollikofer, Pope. Il admire surtout le penchant de Rousseau pour les promenades solitaires et de Pétrarque pour sa retraite à Vaucluse.

Le 6 juin 1786, Frédéric II l'appela à Postdam pour soigner son asthme. Zimmermann accourt et passe 17 jours auprès du malade, dont la guérison est impossible, d'autant plus que le roi n'obéit pas à ses médecins, mange avec excès, et surtout des plats indigestes. Zimmermann, fou d'orgueil d'avoir atteint l'apogée de sa gloire, bavarde avec son illustre malade et se borne à lui faire prendre du jus de pissenlit concentré. Aussi lui reprocha-t-on amèrement son inaction.

Il aurait dû, disait son plus grand adversaire Bahrdt, prendre énergiquement le gouvernement de la cuisine et faire comprendre au souverain le danger qu'il courait. La chose était sans doute plus malaisée que Bahrdt se l'imaginait.

Désormais, Zimmermann devenait cependant un des plus célèbres médecins de l'Allemagne.

Zimmermann a raconté, d'une plume alerte et prenante, son séjour à Postdam. Mais sa vanité est sans bornes. « Aucun médecin au monde, s'écrie-t-il, ne peut parvenir à un tel degré d'honneur. »

D'après Bouvier, entre 1785 et 1786, Zimmermann est à l'apogée de sa carrière, mais ces années marquent aussi le commencement de son déclin. A mesure que Zimmermann gravit l'échelle sociale, le défenseur de la lumière et de la raison se fait l'apôtre de l'orthodoxie et de l'intolérance politiques. Il s'engage dans une interminable polémique avec les rationalistes de Berlin, de grossiers pamphlets pleuvent de part et d'autre.

Sa susceptibilité, ses éclats autant que sa manie de la grandeur et une hypertrophie du « moi » presque maladive, provoquent les gens les mieux attentionnés à son égard.

Les progrès de la Révolution Française achèveront de ruiner un organisme déjà fortement ébranlé. Il voit des Jacobins partout. Les lettres qu'il adresse à ses amis de Suisse reflètent son état de tristesse, de dépression, et expriment des regrets fréquents, des adieux tout empreints d'une profonde mélancolie. Usé dans son corps et dans son esprit, il est en lutte continuelle contre les adversaires réels ou imaginaires, en proie à des crises d'hallucinations et d'anxiété.

A Hanovre, il remanie ses ouvrages antérieurs. Il devient la proie des polémistes qui lui reprochent sa conversion. Zimmermann, de rationaliste, est devenu antilibéral, réactionnaire. Il redoute la Révolution. Il est poursuivi par des visions de terreur. Il meurt le 7 octobre 1795.



Zimmermann a été l'élève le plus intime, le protégé d'Haller, à qui il s'est adressé dans toutes les circonstances. La bienveillance de son maître ne lui fit jamais défaut, même lorsque sa conduite à l'égard de celui-ci ne fut pas exempte de reproches. Nous avons vu que c'est à Haller que Zimmermann dut sa nomination à Hanovre. C'est à l'imitation et sous l'égide de ce savant qu'il étudia la médecine à Göttingen. Il habita et prit pension chez lui. Zimmermann, pour marquer sa gratitude, s'occupa de l'impression des poésies de Haller, traduites en français par V.-B. Tscharner.

Haller procura à son élève, qui n'était pas riche, une place de précepteur que Zimmermann ne garda que quelques mois. Il le munit de lettres de recommandation pour Berne.

Lorsqu'au printemps de 1753 Haller retourna à Berne, il chargea Zimmermann de ramener de Göttingen sa famille et sa bibliothèque déjà extrêmement riche. Passant par Francfort, Zimmermann descendit dans l'hôtel où Voltaire avait été mis aux arrêts par ordre de Frédéric II. Ce voyage, fort onéreux pour le jeune médecin, lui laissa le loisir de réfléchir sur sa situation qui était loin d'être brillante. Dans une lettre, en français, il l'expose mélancoliquement et parle même de suicide. Haller le réconforte (en français) et lui offre sa table, tant qu'il sera dans le besoin. Sur sa recommandation, Zim-

mermann est nommé médecin à Brugg. Ses fonctions étaient absorbantes et peu rétribuées. Pour se *détendre,* il se mit à écrire, malgré les conseils de Haller. Il n'eut pas tort, si, comme il l'écrivit à son protecteur, ses écrits le firent connaître et lui attirèrent des clients du dehors. Mais sa détresse financière et le peu de considération dont jouissait un médecin de Brugg l'affligeaient profondément. Pour bien des gens, un médecin ne valait pas plus qu'un savetier. D'autre part, n'étant pas citoyen de Berne, il était exclu de toutes les charges officielles. Peu à peu, sa situation s'améliora. Mais ses plaintes ne cessèrent pas.

En 1760, Haller veut lui procurer une chaire à Goettingue, Zimmermann refuse en disant que, sans être un ignorant, il est en tout un homme superficiel (en français). Ce refus mécontente Haller. Zimmermann refusa également un poste que Wieland lui offrit du comte Stadion et une place à la cour du Roi de Pologne (1766) que lui procurait Tissot. Il ambitionnait de faire partie d'Académies étrangères. Il fut admis, par l'Académie du Bon Goût de Palerme, par celle de Prusse, et par celle de la Bavière électorale. Il fut aussi membre des Sociétés d'histoire naturelle de Zurich et de Bâle et de la Société économique de Berne.

Zimmermann vécut à Brugg dans une solitude volontaire et dédaigneuse. Sa vie sédentaire fut préjudiciable à sa santé. Il souffrait d'hémorroïdes et de maux d'estomac. Ses écrits, dont le ton léger et anecdotique et les traits mordants furent peu appréciés par Haller, ravirent le grand public.

L'amitié de Haller et de Zimmermann, malgré quelques nuages, dura jusqu'à la mort du premier. C'est grâce à Haller que Zimmermann remplaça Werlhof à Hanovre. Il promit de venir en bons termes avec ses collègues. « Ce n'était que le malheur qui m'a rendu un peu caustique dans ce pays-ci et surtout l'hypochondrie (en français). » Il ne tint pas parole. Il fut toute sa vie un impulsif. Aux prises avec des difficultés financières et matérielles, Zimmermann regretta d'abord Brugg qu'il avait abhorré ; avec le temps, sa situation s'améliora, mais ce fut sa santé qui lui arracha désormais des plaintes.

Le caractère de Zimmermann est extrêmement versatile, passant d'un extrême à l'autre, orgueilleux, puis se méprisant lui-même, plein d'affection et de reconnaissance pour Haller, mais le blessant plusieurs fois par étourderie ; avide de richesse et d'honneurs et refusant des postes avantageux.

Mauvais confrère, il traite tous les médecins, à l'exception de Haller et de Tissot, de charlatans et de marchands de drogues.

Bouvier rappelle que, dans son ouvrage sur la *Solitude,* Zimmermann a consacré une page à la joie d'écrire et de créer par la pensée et la plume. Il remarque, à cette occasion, que l'espoir de léguer son nom à l'humanité, de survivre par son œuvre, est un soutien et une satisfaction suprêmes pour l'écrivain.

La confiance de Zimmermann en lui-même n'a pas été déçue. D'après H.-E. Sigerist, Gœthe, à qui Zimmermann rendit visite à Francfort en 1775, l'appréciait hautement.

***

Zimmermann intéresse la psychiatrie par son psychisme.

D'après le Dr Kielholz, il appartenait à une famille ayant des tares héréditaires. Il est mort d'une grave dépression à 67 ans, après en avoir connu plusieurs dans sa jeunesse et avoir eu des périodes nettement marquées de manies.

Il s'est toujours intéressé aux symptômes des affections psychiques. Dans son livre sur la *Solitude,* par l'importance qu'il donne au facteur sexuel, « au refoulement », il annonce la psychanalyse.

D'après Zimmermann, son père était mystique, comme Fénelon, et Louis Béat de Muralt (un précurseur suisse de J.-J. Rousseau) ; sa mère était névropathe et sa psychose a été diagnostiquée « furor uterinus ». Après la mort de sa mère, il a eu une première crise. Il a eu aussi des attaques d'hypocondrie. Son fils eut une maladie qu'il désignait parfois sous le nom de *mania periodica.*

En 1795, il est hanté par des visions de pillages et de destruction, d'émigration et de misère. Il craignait d'être prisonnier et maltraité par les Français et, comme aristocrate, de mourir de faim. Dans une lettre à Tissot, en octobre 1794, il craignait d'être choisi et se voyait persécuté par la Société Secrète des Illuminés, maîtres de la presse, de la librairie, etc... Gœthe a eu raison de dire : « Oui, ce brave homme, malgré son prestige, sa renommée, son rang, sa fortune, les honneurs dont il fut comblé, a eu la vie la plus triste, et qui veut en savoir davantage, en lisant ce qu'il a écrit, ne le condamnera pas, mais le plaindra. »

Tel est le portrait de Zimmermann qui se présente sous

des aspects divers, médecin aux idées originales qui connut une vogue mondiale et philosophe que l'estime de Gœthe a rendu justement célèbre. Il est juste de le placer à côté de Haller, de Hirzel, de Tissot, de Tronchin, comme un des plus éminents représentants de la médecine suisse au XVIIIe siècle.



La visite de la Clinique de la Waldau fut attentivement suivie par tous. Elle le valait car l'énergique impulsion de son Directeur, le Professeur Klaesi, transforme actuellement un organisme un peu vieux en un établissement moderne. Par sa foi, par son ascendant personnel, ce brillant directeur infuse un sang nouveau à la Clinique de la Waldau et y introduit des idées nouvelles, originales, heureuses.

Réception à l'Ambassade de France

Le vendredi 24 juillet, à 18 heures, les Congressistes étaient conviés à une réception à l'Ambassade de France à Berne. Son Excellence, M. l'Ambassadeur et Mme la Comtesse Clauzel les y reçurent avec une attention charmante et cordiale dans les grands salons, les terrasses et les jardins de la résidence. Le panorama grandiose de la campagne bernoise se présentait dans toute sa splendeur.

M. le Président de la Confédération helvétique, le corps diplomatique, les notabilités du Canton et de la Ville de Berne, les dames du Comité s'y rencontrèrent avec les Congressistes en une garden-party très réussie. Le Président Crouzon y prononça les paroles suivantes :

Monsieur l'Ambassadeur,

J'ai l'honneur de vous remercier, au nom de mes collègues, de l'accueil charmant que Mme l'Ambassadrice et vous, nous faites dans cette résidence de l'Ambassade de France. Nous sommes très touchés de la présence à cette réception de M. Meyer, Président de la Confédération Helvétique : nous lui en présentons nos remerciements respectueux, et nous sommes très honorés de voir à ses côtés M. le Conseiller fédéral Obrecht.

Monsieur l'Ambassadeur, nous avons déjà reçu, il y a cinq ans, lors du Congrès International de Berne, l'hospitalité de votre prédécesseur. Lors de ce Congrès, quelques-uns d'entre nous, sur la suggestion de nos collègues suisses, ont fait un pèlerinage à Soleure qui fut, pendant trois siècles, le siège de l'Ambassade de France. Permettez-moi, Monsieur l'Ambassadeur, d'évoquer devant vous, pour mes collègues, des souvenirs qui vous sont familiers.

Après les guerres de Bourgogne et d'Italie, les unions avec la maison d'Autriche, d'une part, et avec la Couronne de France, d'autre part, ont fait entrer les Cantons suisses au premier plan du concert européen, et ceux-ci eurent, dès lors, conscience de leur valeur.

L'alliance avec la France a joué un rôle capital pendant trois siècles ; les envoyés des Rois Très Chrétiens avaient alors la préséance sur les autres Ministres plénipotentiaires ou Ambassadeurs, mais les Ambassadeurs furent d'abord non sédentaires et c'est depuis Méliand que les Ambassadeurs français s'installèrent à Soleure.

Le premier hôtel des ambassadeurs, le Kloster, fut construit en 1544, refait en 1619 ; il brûla sous M. d'Avaray qui y perdit la plus grande partie de ses effets et dut se retirer au château de la Waldeck (Villa Sury de Steinbrugg), à une demi-lieue de la ville qui était une autre résidence de l'Ambassade.

Caumartin, qui avait succédé à Méliand, fit faire une grande cérémonie funèbre, dont on a gardé le souvenir, à l'occasion de la mort de Louis XIII en 1643, à l'Eglise des Cordeliers.

Il est superflu de dire ici l'œuvre féconde des Ambassadeurs qui se sont succédé à Soleure. Je rappellerai seulement quelques côtés pittoresques de cette histoire en relatant de menus incidents qui surgirent sans altérer toutefois les bonnes relations entre les deux pays. Le Marquis de la Barde, exigeant pour les honneurs, demanda que les Cantons signent « demüggtige » au lieu de « dienstwillige » et demanda pour lui le titre de « Gnädige » Herr. Le Marquis de Gravel, lors de sa légitimation, réclama les honneurs du dais ou du baldaquin, ce qui ne fut pas du goût des Suisses. Je rappellerai l'incident du fils du Marquis de Gravel, Marly, qui fit la faute de mettre les armes de France au fronton de l'Eglise St-Urs ; en représailles, Soleure fit graver les siennes sur l'hôtel de l'Ambassadeur : à la suite de cet incident, le transfert de l'Ambassade faillit se

faire à Fribourg. Je citerai aussi le passage de deux bourgeois, Moulier et Tambonneau, personnalités médiocres qui ne furent pas goûtées des Suisses. Par la suite, on n'envoya plus que des Seigneurs à Soleure.

Le séjour de l'Ambassade à Soleure fut l'occasion de l'ère la plus illustre de la ville et eut une influence décisive sur l'architecture de cette cité.

Le Marquis de Bonnac, sous Louis XV, s'efforça de renouveler « l'Alliance Perpétuelle ». La diète de légitimation, à son arrivée en 1728, fut fastueuse. Le Marquis de Bonnac avait organisé, pour les députés, une loterie qui permit de leur offrir montres, tabatières, cannes, etc., comme cadeaux. Le cérémonial de cette légitimation a été minutieusement décrit dans l'étude d'Henry Mercier. Mais Bonnac ne put réaliser son rêve et le dernier Ambassadeur à Soleure fut le Marquis de Vérac en 1792. Ensuite, pendant la Révolution, divers Ambassadeurs s'installèrent à Zurich, à Bade ou à Bâle. Ce n'est que le 19 mai 1789 qu'on décida de résider à Berne ; l'installation s'y est faite le 1er juin 1799 et s'y est maintenue depuis.

Tels sont les souvenirs qui nous ont profondément émus lors de notre séjour à Soleure et qui sont particulièrement chers à tous les Français.

Vous continuez dignement, Monsieur l'Ambassadeur, les traditions de vos prédécesseurs et nous faisons des vœux pour que puissent se perpétuer des relations de bon voisinage et les liens de cordialité que je viens d'évoquer devant vous, et qui unissent encore, pour employer une formule historique, mais sincère, nos « Très Chers et Grands Amis » de la Confédération Helvétique et la France.



Son Exellence, M. le Comte Clauzel, Ambassadeur de la République Française en Suisse, répondit en ces termes :

Monsieur le Président,

« Nous sommes très touchés, l'Ambassadrice et moi, de vos aimables paroles, et je tiens à vous dire, en son nom et au mien, combien nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à l'Ambassade aux Congressistes neurologues et aliénistes de France et de pays de langue française, en présence de leurs

confrères bernois, de M. le Président de la Confédération et de M. le Conseiller fédéral Obrecht, que je suis particulièrement heureux de saluer à mon tour en les remerciant très sincèrement d'avoir bien voulu se joindre à nous.

Vous avez bien voulu, Monsieur le Président, dans votre allocution aussi spirituelle que documentée, évoquer le faste des réceptions de mes illustres prédécesseurs, les Ambassadeurs de France à Soleure. Celles, par le Marquis de Bonnac, des Représentants des très louables cantons, au XVIIIe siècle, ont été décrites par le célèbre historien argovien Mercier dans un charmant volume, dont il a bien voulu me faire hommage lors de mon arrivée à Berne, sans que je puisse, hélas ! songer à rivaliser avec la magnificence des fêtes qu'il organisa à Soleure, et dont le souvenir ne peut que nous inciter à beaucoup de modestie sur cette très simple terrasse, malgré l'admirable parure de la toile de fond des Alpes bernoises.

Je ne saurais davantage imiter l'exemple d'un autre de mes prédécesseurs soleurois encore plus illustre, le Maréchal de Bassompierre, le grand ami de Henri IV, qui porta avec sa botte la santé des 13 cantons. Il y en a aujourd'hui 22. Si j'avais des bottes, je devrais donc les vider toutes deux à leur santé avec toutes les variétés de vins suisses qui constituent le cocktail fédéral, auquel M. le Conseiller Obrecht a bien voulu m'initier, l'année dernière, au comptoir suisse de Lausanne.

A défaut d'une telle prouesse, je dois me contenter de lever ma coupe de champagne à sa santé, à celles de M. le Président Meyer et de M. le Président Crouzon, et aux vôtres à tous et à toutes, Mesdames et Messieurs, en vous remerciant très cordialement d'avoir bien voulu répondre à notre invitation en venant faire cette halte dans la Maison de France. »

Soirée du Congrès à l'Hôtel Bellevue-Palace

La traditionnelle soirée du Congrès fut une fête très brillante et très mondaine dans les superbes salons de l'Hôtel Bellevue-Palace. Un buffet merveilleux, où toutes les gourmandises les plus difficiles trouvèrent à se satisfaire, un orchestre vibrant qui entraîna à la danse jusque bien avant dans la nuit, un folklore bernois, donné par un remarquable chœur d'hommes, furent les caractéristiques dominantes de cette grande soirée du 24 juillet 1936.

Excursion à Préfargier et au Perreux

Le samedi matin 25 juillet, les Congressistes arrivèrent à Bienne et embarquèrent sur un bateau spécial qui leur fit traverser le lac de Bienne, la Thièle, jusqu'à l'embarcadère de la Maison de Santé de Préfargier, sur le lac de Neuchâtel. En passant devant la clinique Belle-Vue au Landeron, le bateau fut salué par une salve de détonations, comme hommage de bienvenue.

A l'Etablissement de Préfargier, un lunch savoureux nous attendait. Au dessert, M. de Meuron, Président du Conseil d'Administration de l'Asile de Préfargier, souhaita la bienvenue aux Congressistes et leur exprima, en ces termes, le plaisir qu'il avait à les recevoir à Préfargier.

Mesdames et Messieurs,

Au nom des autorités de la Maison de santé de Préfargier, je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie très sincèrement d'avoir bien voulu vous arrêter chez nous. Nous sommes heureux de l'honneur que vous faites à cette maison d'être les premiers à vous accueillir en terre romande. Le canal que vous venez de suivre marque, en effet, la frontière des langues. Je me hâte d'ajouter qu'il n'en indique pas d'autres. Nous ignorons en effet les luttes de langues et de race ; et je suis bien certain que, vous, les aliénistes de langue française, avez été reçus à Bâle, à Zurich et à Berne avec la même sympathie et la même compréhension que vous rencontrez ici et que vous trouverez à Lausanne ou à Genève.

La maison qui vous reçoit aujourd'hui est une fondation privée. Elle a été créée tout entière par un homme, M. Auguste de Meuron, qui avait fait à l'étranger une belle fortune dont il a voulu faire profiter les malheureux de son pays. Il obéissait d'ailleurs, en le faisant, à une tradition neuchâteloise. En poursuivant votre route, vous pourrez voir l'hôpital Pourtalès, l'hôpital Jeanjaquet pour les enfants, l'ancien hôpital de la ville et l'hôtel de ville de Neuchâtel qui tous ont été fondés et dotés par des citoyens charitables.

L'établissement de Préfargier a conservé son caractère privé. Il vit de sa propre vie et de ses propres ressources. Il entretient avec l'Etat les meilleures relations et profite largement

de sa bienveillance, mais, chose qui vaut peut-être la peine d'être signalée à notre époque, il ne lui coûte rien.

Nous sommes heureux de recevoir chez nous tant de représentants éminents de la science appartenant à des nations avec lesquelles nous unissent tant de liens. Nous sommes surtout heureux de constater, dans ces temps troublés, que, par-dessus les diversités de langues, de religions, d'intérêts et de race, vous cultivez un idéal commun de dévouement et de solidarité dans l'effort pour soulager la souffrance humaine.

***

Le Président Crouzon, après avoir remercié M. de Meuron, M. le Conseiller d'Etat Béguin, Président du Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel, M. Haefliger, le Dr Koller, Directeur de l'Asile, le Dr Bersot, Secrétaire local, ainsi que le Comité local de Neuchâtel, d'un accueil si cordial et si chaleureux, exposa les origines de l'hospitalisation des aliénés à Préfargier et en Suisse romande.

C'est grâce à l'initiative de M. Auguste de Meuron que le Canton de Neuchâtel put ouvrir aux aliénés, en 1849, l'Asile de Préfargier. (La tombe et les monuments de MM. Auguste, M.-Maximilien de Meuron et Paul de Meuron sont dans le parc de l'Asile). Il resta d'abord un Asile privé, mais, avec quelques concessions à l'Etat qui put y interner ses malades à des conditions pécuniaires favorables. Il a subi de nombreuses transformations depuis l'époque de sa fondation.

Le Dr Chatelain, auteur du livre « La folie de Jean-Jacques Rousseau », publié en 1890, a été le Médecin-Chef de la maison de santé de Préfargier. Cette maison de santé a reçu des personnages marquants.

Préfargier, étant devenu insuffisant, on étudia la création d'un Asile : projeté d'abord à Rochefort, le nouvel Asile, construit en pavillons, fut ouvert en 1894 à Perreux.



D'après Charles Ladame, il est difficile de discriminer dans le passé lointain, dans les registres de Conseil de l'Etat de Genève, ce qui ressort à l'aliénation mentale. Cependant, les registres de l'Etat de Genève, à partir d'un certain moment,

mentionnent, comme séquestrés, des individus aliénés d'esprit qui sont placés dans la maison de correction, c'est-à-dire la Discipline dont un quartier spécial portait le nom « d'appartement » ou « maison des aliénés ».

Cependant, la séquestration domestique des aliénés était générale au XVIIe siècle.

Au début du XIXe siècle, les aliénés de Genève étaient soignés par l'Hôpital, réunis dans le bâtiment de la Discipline dépendant de l'Hôpital.

Le mouvement généreux et humanitaire, en faveur des aliénés, fut dirigé à Genève par de La Rive, qui fit supprimer la Discipline. Cependant, un hospitalier philanthrope, M. Joly, avait introduit de grandes améliorations dans le sort des aliénés ; il avait substitué, aux chaînes et aux colliers de fer, le corset de force en toile, en 1787-1792, dix ans avant Pinel.



Le château de Corsier fut employé, de 1832 à 1838, pour les soins aux aliénés, et en 1838, la maison des Vernets put être aménagée pour recevoir 83 aliénés.

Au début du XXe siècle, Genève ouvrit l'Asile de Bel-Air dont les pavillons sont admirablement installés.

Le Canton du Valais fut doté, à partir de 1901, grâce à la persévérance du Dr Repond, de la Maison de Malevoz.

J'ai eu l'occasion, depuis notre arrivée en Suisse, de rendre hommage à la mémoire de médecins éminents appartenant à la Suisse Alémanique à Bâle, à Zurich, à Berne. Je voudrais maintenant rendre hommage à la médecine de la Suisse Romande, tout d'abord (en m'inspirant de la documentation que m'a communiquée M. Charles Dubois), à des contemporains que quelques-uns d'entre nous ont pu connaître, puis à deux illustres médecins du XVIIIe siècle, *Tissot* et *Tronchin.*

Louis SCHNYDER était né à La Neuveville, aux bords du lac de Bienne, le 21 septembre 1868.

Après des études secondaires à Neuchâtel, il fit ses études médicales à Berne, sous le Professeur Sahli, puis suivit à Paris l'enseignement de Raymond, de Brissaud et de Déjerine.

Louis Schnyder s'établit à Berne en 1897. Il devint l'assistant privé de Paul Dubois, dont il était le cousin par alliance. Il fut associé aux recherches sur l'Electrologie médicale, à tous les travaux scientifiques et au traitement des malades.

Il fut Secrétaire général du 2e Congrès International d'Elec-

trologie et Radiologie, présidé par Paul Dubois, et se consacra de plus en plus à l'étude des névroses et de la psychothérapie.

En 1912, Louis Schnyder fut privat-docent à l'Université de Berne et fit régulièrement un cours de Psychothérapie à la Faculté de Médecine.

La majeure partie de son activité se déploya à la Clinique Victoria, où il montra un dévouement inlassable pour tous dans le traitement de ses malades. Il était éclectique, recourant le plus souvent à la méthode dialectique de Dubois. Il a préconisé l'application d'une psychothérapie intégrale, estimant aussi que la psychothérapie doit présenter une valeur éducative et viser, non pas seulement à la suppression d'un symptôme morbide, mais au perfectionnement de la personnalité tout entière.

Paul-Louis Ladame est né à Neuchâtel le 15 juin 1842. Il commença ses études à Zurich, puis les continua à Wurtzbourg, à Berne et à Paris. Il fut, à Paris, l'élève de Lasègue, Falret Père, assista à l'Académie de Médecine au célèbre débat où Bouillaud, Trousseau et Paul Broca parlèrent sur l'Aphasie.

Ladame passa sa thèse à Berne en 1865, sur la *Symptomatologie et le Diagnostic des Tumeurs cérébrales,* puis fit une étude sur la température animale et la thermométrie.

Ladame s'était installé au Locle, où il pratiqua pendant douze ans, puis il alla se fixer à Neuchâtel même et publia un grand ouvrage : « *L'Histoire de l'Assistance aux Enfants Orphelins et Abandonnés* ».

De 1880 à 1883, il fut Directeur de l'Orphelinat de Dombresson. Il se rapprocha alors de la neuro-psychiatrie, après avoir étudié à Berlin chez Westphal et, à Paris, chez Charcot, Ball, Magnan et Paul Garnier. Il s'établit définitivement à Genève en 1884.

Paul-Louis Ladame fut privat-docent, fit des travaux remarquables sur l'Aphasie, en collaboration avec von Monakow.

Il fit des recherches historiques remarquables, mais ses travaux scientifiques et historiques ne le détournèrent point de la pratique médicale et des œuvres philanthropiques, en particulier de la Société Genevoise de Patronage des Aliénés, qu'il présida jusqu'à sa mort en 1919.

Ladame était, depuis 1916, membre correspondant étranger de l'Académie de Médecine de Paris.

Quoiqu'il n'ait pu obtenir ni une chaire universitaire, ni un service hospitalier, Ladame put néanmoins faire une œuvre très utile par ses travaux historiques et les œuvres d'utilité et de philanthropie auxquelles il a pu donner la grande partie de son temps, et qui lui attirèrent la considération de tous et une juste renommée.

Je suis heureux de saluer son fils, le Dr Charles Ladame, actuellement Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Genève et Directeur de l'Asile de Bel-Air, qui continue dignement les traditions paternelles.

Flournoy Théodore, né le 15 août 1854, à Genève, a étudié à Fribourg, à Berlin, à Strasbourg.

Il a été Professeur de psychologie physiologique en 1908, à Genève, puis Professeur d'histoire et de philosophie des sciences naturelles, en 1915. Ses études ont porté sur la métaphysique et la psychologie, les principes des psychologues religieux, le génie religieux, les esprits et les médiums. Il fut le fondateur des *Archives de psychologie.* Il fut l'ami de William James, dont il a publié une excellente bibliographie. Claparède, Naville, de Morsier, de Saussure, ont été ses élèves. Il est le père de notre collègue Henri Flournoy.

Edouard Long (1868-1929). Son père, qui avait été interne des hôpitaux de Paris, fondateur de la Métairie et médecin-chef de l'hôpital cantonal de Genève, a laissé des études sur les tumeurs, les localisations cérébrales et sur la chorée : il fut membre de la Commission de Surveillance des aliénés (création de l'Asile de Bel-Air).

Edouard Long a fait ses études d'abord en Allemagne, mais il ne put s'approcher des malades, et fut mécontent de ses camarades d'étude. Interne des hôpitaux de Paris en 1893, collaborateur de Déjerine dès 1896, il passa sa thèse en 1899 : *Sur les voies centrales de la sensibilité générale.*

Il devint privat-docent à Genève après des travaux sur les scléroses de la moelle dans la syphilis médullaire et la sclérose en plaques.

Il travaille alors au Laboratoire d'Anatomie pathologique de Zahn, est chef de laboratoire de Bard et continue la collaboration avec Paris.

Il rencontre sa femme, interne des hôpitaux, chef de clinique de Déjerine : elle devient une collaboratrice de tous les jours.

Il passait alors l'hiver à Paris et revenait à Genève du printemps à l'automne. Pendant la guerre, il est attaché au Centre neurologique de Bourg-en-Bresse avec sa femme, Albert Reverdin et Naville (1911-1917), puis au Centre neurologique des internés à Lucerne, avec Veraguth.

Il devient titulaire de la Clinique médicale de Genève à la place de Bard, puis de la chaire extraordinaire de neuropathologie.

On lui doit la fondation de la Société médico-psychologique de Genève ; il crée des consultations en collaboration avec Bard, puis Roch.

Il fut Secrétaire général du Congrès de Genève-Lausanne, 1907 ; Président du Congrès des Aliénistes de Genève, Lausanne, 1926 ; en 1927, Président de la Société suisse de Neurologie et Correspondant de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Paris.

***

Evoquons maintenant le souvenir de deux médecins célèbres du XVIII[e] siècle qui appartiennent à la Suisse Romande.

TISSOT (Simon-André), médecin suisse, né le 20 mars 1728 à Grancy (canton de Vaud) est mort le 15 juin 1797 à Lausanne. Reçu docteur à Montpellier en 1749, il s'installe à Lausanne.

A 50 ans, en 1780, il est professeur de clinique à Pavie : sans succès. Mais il se distingue dans une épidémie de fièvre bilieuse. Il revient à Lausanne où il retrouve sa célébrité.

Citons parmi ses travaux l'*Histoire de la fièvre bilieuse ;* son ouvrage sur les maladies du système nerveux (*Traité des nerfs et de leurs maladies*) ; son *Avis au Peuple,* qui reçut une récompense nationale par le service de santé de Berne ; son ouvrage sur la *Santé des Gens de Lettres,* sur *l'Onanisme,* sur *l'Inoculation justifiée,* son *Essai sur les maladies des gens du monde,* sa *Vie de Zimmermann.*

Le *Traité de l'épilepsie* fait le tome troisième du *Traité des nerfs et de leurs maladies.* Il étudie l'épilepsie connée : épilepsie acquise dans le ventre de la mère par une suite de frayeurs, opposées à l'épilepsie héréditaire (rare). Il étudie les causes *occasionnelles,* idiopathiques, la sympathologie (réflexes inté-

rieurs et extérieurs), les prolégomènes ou disposition épileptique, et les causes *accidentelles* qui déterminent les précédentes. La valériane est le meilleur anti-épileptique (Haller préférait le spica celtica) ; il préconise aussi la pivoine, le gui, le musc, l'opium, les feuilles d'oranger, la kina, le fer, le camphre, le castor, l'assa fœtida, la rue, etc.

Théodore TRONCHIN (1709-1781). Je résumerai sa vie d'après l'ouvrage d'Henry Tronchin : *Théodore Tronchin, un médecin du* XVIIIe *siècle.*

Les Tronchin sont originaires de Provence. Rémy Tronchin, capitaine de cavalerie au service d'Henri IV, embrassa la cause de la Réforme et vint se réfugier à Genève. Son fils Théodore, et son petit-fils Louis, furent pasteurs. D'autres Tronchin figurent parmi les hommes politiques et les magistrats genevois. Ils furent les contemporains du Dr Théodore Tronchin. Le père de Théodore était banquier et fut ruiné par la chute du système Law.

Théodore va alors en Angleterre chercher l'appui de lord Bolingbroke, son parent, où il rencontre Pope et Swift. Il étudie à Cambridge, puis va à Leyde chez Boerhave. Auparavant, il fréquente, à Londres, Mead, le médecin de Georges II et apprend de lui la maxime : « J'ai fait peu de bien, mais j'ai été attentif à ne point faire de mal », qui lui sert de principe dans sa carrière.

La Hollande était un foyer d'instruction pour la jeunesse de l'Europe protestante. Van Swieten était alors professeur à Leyde. Boerhave y occupait les chaires de médecine, de botanique et de chimie. La devise de Boerhave était : « Simplex sigillun veri. » Boerhave envoie à Tronchin les malades d'Amsterdam. Tronchin est docteur et bourgeois d'Amsterdam.

Tronchin est Président du Collège de Médecine. Il épouse Hélène de Witt. On proclame Guillaume IV de Nassau stathouder général et héréditaire. Mme Tronchin a de l'aversion pour cette forme de gouvernement. Les deux fils sont envoyés à Genève sous le prétexte du relâchement des mœurs à Amsterdam.

Tronchin quitte brusquement Amsterdam après 25 ans de séjour en Hollande en 1754.

Il s'établit à Genève sur la place du Bourg-de-Four. Un conflit s'élève entre l'Académie qui veut rétablir la chaire de médecine, et le corps de la Médecine (la Faculté). Tronchin est nommé professeur honoraire et médecin par l'Académie.

Un public mondain, enthousiaste, assiste à ses cours. Il est absorbé par la clientèle et des séjours à l'étranger. Il devient célèbre par l'inoculation.

L'inoculation. — Tronchin vulgarise cette méthode, née en Circassie, où les Arméniens la pratiquaient sur les femmes qu'ils vendaient. De là elle avait été employée en Turquie (inoculation byzantine). Lady Montagu, femme de l'ambassadeur d'Angleterre en Turquie, la préconisa. Elle fut le sujet de la thèse de Bogen à Montpellier.

L'aristocratie anglaise adopte alors la méthode. On la pratique aussi en Amérique. Tronchin l'applique à Amsterdam en 1748. Pendant l'été de 1749, il l'introduit à Genève. Haller l'introduit à Berne, les Bernoulli à Bâle.

Tronchin perfectionne la méthode, fait les incisions aux jambes ; pour les enfants, il applique des petits vésicatoires et s'occupe de l'état général des malades.

Voltaire qui avait commencé dans ses *Lettres Philosophiques,* se fait l'apôtre de l'inoculation. La Condamine fait paraître l'*Apologie de l'Inoculation.*

Tronchin est appelé à Paris pour inoculer les deux enfants du Duc d'Orléans, le duc de Chartres et Mlle de Montpensier.

Sénac, suivant Grimm, par animosité contre la Faculté, avait conseillé d'appeler Tronchin.

Tronchin réussit et est fêté à Paris. Les gens se pressent pour le consulter. Les femmes adoptent le bonnet à l'inoculation. On vend « un vinaigre » Tronchin, excellent préservatif contre les maladies pestilentielles, sur le Pont-Neuf.

Sénac, jaloux du succès de Tronchin, devient alors adversaire de l'inoculation. Il y a guerre entre les inoculistes, dont Antoine Petit et les anti-inoculistes (l'Epine). La Faculté se partage à voix égales.

Louis XVI se fait inoculer.

Tronchin quitte Paris pour retourner à Genève en passant par Lunéville, où l'appelait le Roi Stanislas.

On apprend le chemin de Genève.

Mme d'Epinay va à Genève se faire soigner par Tronchin, puis toutes les jolies femmes de Paris, dont la Princesse de Beauvais, suivent le même chemin. De même le clergé et la magistrature. Ce fut une véritable colonie — avec tous les amusements comme dans les villes d'eaux. On allait rendre visite aux châtelains des environs, on y organisait des bals,

des soupers, on jouait au whisk. Les hôtels, les villas sont pleins. La Clairon, flanquée d'un Russe, vient à Genève, elle aussi. A partir de 1766, le reste de la carrière de Tronchin s'est écoulée à Paris.

Tronchin à Paris. — Tronchin revient à Paris en 1766 ; il donne de nombreuses consultations épistolaires. A cette époque, on ne disposait que de moyens d'investigation fort incomplets et le diagnostic se posait presque exclusivement sur l'exposé des faits et des sensations subjectives indiquées par le malade.

Les clients de Tronchin sont : la reine de Suède, le roi du Danemark, la marquise de Barrault, l'Electeur Palatin, le prince de Mecklembourg, les princesses de Hohenzollern, d'Anhalt, de Stolberg, le duc de Savoie, le prince de Piémont, le cardinal Colonne, le duc de Richelieu, M. Geoffrin, la maréchale de Luxembourg, le cardinal de Bernis, le peintre Latour, M. La Condamine, le maréchal d'Estrées, Mlle Fels, l'archevêque de Beaumont, les d'Argental, Grimm, d'Alembert, Mme de Boufflers, Mme de Buffon, Diderot, Mme de Pompadour, le duc d'Orléans.

« Tronchin est logé au Palais Royal avec un cuisinier, trois laquais, un carrosse et deux paires de beaux chevaux noirs. »

Tronchin, en butte à l'hostilité des médecins, est soutenu par les chirurgiens. Il est protégé par La Martinière. Il est reçu à l'Académie Royale de Chirurgie. Dans les Mémoires de l'Académie, on trouve de lui un travail intitulé : « Observations sur des hernies épiploïques internes ».

La cabale des médecins s'exagère au moment de la mort de la Dauphine, on l'appelle : « marchand de galbanon — dernier des charlatans ».

On trouve le récit de toute l'activité mondaine dans les lettres de Tronchin. Tronchin recevait à dîner tous les vendredis. Tronchin assiste aux intrigues autour de la Du Barry à l'avènement de Louis XVI. Tronchin est affecté du renversement de sa patrie et s'efforce, par ses relations, d'y remédier. Il renonce à l'espoir de finir ses jours à Genève.

Il consacre deux heures par jour à son « bureau d'humanité ».

Il juge sévèrement les médecins, leur âpreté au gain. Il s'élève contre la saignée. Il aime les pilules savonneuses. Il prescrit des pilules de mie de pain, mais en les fixant à 7 heu-

res du matin, à 5 heures, à 9 heures, pour faire lever les gens de bonne heure et leur assurer une vie régulière. Il prescrit aux femmes de prendre de l'exercice le matin. On invente les Tronchines, robes courtes et sans parures. « Tronchiner », c'est se promener à pied, souliers plats, un bâton à la main. Il fait de l'hygiène. Il prescrit d'écrire debout. On invente le bureau à la Tronchin (avec pupitre) ; on en trouvait encore en 1840. Il recommande les oreillers de crin, il fait la guerre aux perruques, reconnaît les bienfaits de la diète lactée. Il recommande la gymnastique. Il préconise l'allaitement maternel. Il préconise la suspension pour les déviations vertébrales. Avant Rousseau, il préconise nombre de réformes hygiéniques.

Tronchin soigne les vaporeuses, les névroses. Pour Tronchin, c'est souvent l'organisme physique qui agit sur le moral et entraîne la personnalité psychique et sa remorque dans la déroute.

Il fut accusé de charlatanisme.

« Il prétend dissiper, sans nul doute,
Rhumatisme, vapeur et goutte,
En faisant frotter le plancher,
Scier le bois et le hacher. »

Il y eut sur lui une averse de chansons, d'épîtres satiriques, de poèmes, de « Tronchinades ».

Il fait un Traité sur la colique du Poitou, il montre que c'est la colique de plomb en additionnant le vin de sucre de Saturne.

Louis fait l'éloge de Tronchin à l'Académie royale de Chirurgie.

Tronchin meurt au Palais Royal le 30 novembre 1781. Son buste, fait par Houdon, est au musée Rath, à Genève.

Je terminerai en disant quels furent les rapports de Tronchin avec Voltaire et Rousseau.

Rapports de Tronchin et de Voltaire. — C'est sous les auspices de la famille Tronchin que Voltaire s'établit à Genève. Voltaire se fixe aux « Délices » en 1754, sous le prétexte d'être près de Tronchin, son médecin. Cependant, Voltaire ne croyait pas aux médecins. Il les comparait aux rois, « deux espèces très respectables avec lesquelles on prétend que la vie humaine est quelquefois en danger ». Cependant, Voltaire croit aux remèdes.

Tronchin soigne les nièces de Voltaire, Mme Denis et Mme de Fontaine.

Tronchin garde toujours son ascendant sur Voltaire, garde son franc-parler. « L'humeur voltairienne » finit par lasser Tronchin. En 1739, avant d'avoir connu Voltaire, Tronchin disait : « Voltaire est un fripon, un étourdi, un homme sans jugement, et sans conduite. » S'il fit preuve de dévouement plus tard, il ne se déjugea pas.

Tronchin fut le protecteur de Voltaire ou son intermédiaire dans ses différends avec les autorités et les pasteurs genevois. Tronchin servit aussi de médiateur à propos de l'article *Genève,* fait par d'Alembert dans l'*Encyclopédie de Diderot.*

Voltaire dit de lui : il connaît l'âme, il est grand médecin. Il est savant comme Esculape et brave comme Apollon.

Sur son beau front siège le doux repos.
Son nez romain dès l'abord en impose,
Ses yeux sont noirs, ses lèvres sont de rose.
Nul ne parle mieux et n'a plus d'esprit.

Plus tard, Tronchin appelle Voltaire : « l'homme de Ferney, le vieux brochurier, l'apôtre des mécréants ». Il a une aversion croissante pour Voltaire. Il y a rupture. Cependant, quand Voltaire arrive à Paris, Tronchin le soigne de nouveau, mais lui conseille de regagner Ferney. Voltaire avait 84 ans ; il meurt à Paris. « Voltaire fut un plat mourant, dit Tronchin », qui le vit pendant ses derniers moments.

Tronchin et Rousseau. — Tronchin fut pendant un certain temps l'ami, le confident même de Rousseau qui puise auprès de lui les éléments de l'*Emile.*

Rousseau était né à Genève en 1712 et Tronchin en 1709.

Rousseau ne demande pas les soins de Tronchin pour lui, mais pour Mme d'Epinay. A l'Ermitage, Tronchin rencontre Rousseau et devient son ami.

Tronchin sert d'intermédiaire entre Voltaire et Rousseau. Tronchin demande à son client, le cardinal de Soubise, l'admission de la mère Levasseur, la mère de Thérèse, dans un asile de vieillards à cause des tracasseries journalières qu'elle crée dans le ménage.

Tronchin propose à Rousseau la place de bibliothécaire de la ville. (Il était un des directeurs de la bibliothèque).

Quand Mme d'Epinay va à Genève, les relations se refroidissent.

Tronchin est hostile au théâtre à Genève et adopte un certain nombre de principes de Rousseau.

Rousseau a la monomanie de la persécution. Tronchin et Rousseau se séparent au moment de la *Nouvelle Héloïse* et surtout au moment de l'*Emile* et du *Contrat Social.*

Tronchin appartenait à une des rares familles qui avaient à Genève accès aux charges publiques. Tronchin juge les théories politiques et religieuses de Rousseau comme dangereuses : il est partisan de la résistance aux idées de Rousseau.

Rousseau dit : « C'est le polichinelle Voltaire et le compère Tronchin qui vont doucement derrière le voile et ont mis en jeu toutes les autres marionnettes de Genève et de Berne. » Rousseau appelle Tronchin « le Jongleur ».

Tronchin dit : « Rousseau serait le plus coquin des hommes s'il n'était le plus fou. »

Savant médecin pour les gens du monde, parfait homme du monde aux yeux des médecins. Buffon a rendu justice à Tronchin en disant, comme lui, qu'il ne faut qu'aider la nature et non lui commander.

Tronchin fut un des premiers médecins d'Europe au XVIIIe siècle, rival en célébrité de Boerhave. S'il n'a rien découvert, il a fait campagne pour l'inoculation et il eut le mérite d'observer la nature, de la laisser agir, alors que la médecine était embarrassée de ses théories.



Après le repas, eut lieu une excursion à la Grande-Joux par la Vue des Alpes, Le Locle, la Tourne et la Chaux-de-Fond. Les cars eurent la chance de passer entre les orages et la réception toute champêtre à laquelle nous conviait la Ville de Neuchâtel dans son grand pâturage jurassien de la Grande-Joux ne fut heureusement pas mouillée.

M. Reutter, Directeur des Finances de la Ville de Neuchâtel, y prononça l'allocution suivante :

Mesdames et Messieurs,

Au nom des autorités de la Ville de Neuchâtel, j'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue en ces lieux agrestes.

Si nous vous recevons ici en toute simplicité, c'est que nous avons pensé qu'il vous serait agréable, entre deux visites de maisons de santé, de jouir un instant de la paix des champs.

Au surplus, nous sommes ici bien chez nous, puisqu'il y a plus de 400 ans que les bourgeois de Neuchâtel sont devenus propriétaires des vastes forêts qui nous entourent. C'est leur prince d'alors, un prince français, Louis d'Orléans, qui leur en fit don en 1512. Une petite plaquette que vous trouverez sur les tables vous dira dans quelles circonstances ce prince voulut, par ce don généreux, s'assurer la fidélité des bourgeois.

Peu de temps après, en effet, les Suisses s'emparaient de la principauté de Neuchâtel qui, pendant 17 ans, vécut sous le régime des baillis.

Mais au décès de Louis d'Orléans, sa veuve se réclama de ses droits de combourgeoisie avec Berne, Lucerne, Fribourg et Soleure, pour obtenir restitution de sa principauté. C'est à cette princesse française — ce que femme veut Dieu le veut — que Neuchâtel doit d'être demeuré ensuite pendant trois siècles l'allié des Suisses, et non pas un pays sujet, jusqu'à son incorporation définitive à la Confédération helvétique.

Le drapeau que vous voyez flotter ici est le drapeau historique du pays de Neuchâtel — aux trois chevrons d'argent sur pal de gueules — qui figurent dans les armoiries de la plupart de nos communes et en particulier sur l'aigle de la Ville de Neuchâtel.

En vous remerciant de l'honneur de votre visite et en souhaitant que vous conserviez bon souvenir de cette journée en pays neuchâtelois, je bois à votre santé avec le vin de nos vignes — que vous ne recommandez généralement pas à vos malades — et je porte mon toast aux médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Le Président Crouzon remercia, en termes émus, de l'hospitalité si cordiale qu'avait bien voulu nous réserver la Ville de Neuchâtel dans une de ses propriétés.



Les Congressistes gagnèrent Le Perreux, où ils visitèrent l'établissement que le Docteur Borel, son Directeur, présenta en ces termes :

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

En vous exprimant tout le plaisir que Perreux ressent à vous recevoir aujourd'hui — plaisir que je dois au comité et plus particulièrement à notre Président national, qui me témoigne une fois de plus sa vive amitié — je tiens à vous présenter l'établissement que vous allez visiter.

Il diffère, comme vous l'avez remarqué, de ceux que vous avez vus : c'est ici la colonie agricole en pleine campagne, qui, après des acquisitions successives et des remaniements parcellaires, se présente en un seul mas, ainsi que vous le voyez sur le plan qui vous a été remis.

Le système bloc ne se reconnaît que vaguement par la symétrie des constructions du début. Dans la suite, les nouveaux bâtiments ont été séparés autant que possible et orientés d'une façon rationnelle, grâce à l'espace dont nous disposions. Nous avons profité de nous étendre en surface, non en hauteur, puisque tous les pavillons n'ont qu'un étage.

Perreux hospitalise dans ses 11 pavillons (15 divisions) deux catégories de malades : des physiques et des psychiques. Propriété des communes et de l'Etat de Neuchâtel, l'établissement reçoit avant tout des Neuchâtelois et, pour autant qu'il y a de la place, les confédérés et les étrangers. Ceci nous a permis d'admettre, pendant la guerre mondiale, plusieurs internés de guerre alliés, dont l'état nécessitait une observation spéciale. Nous avons été très heureux, dans ces circonstances, de rendre quelques services, bien que dans des proportions fort modestes.

Construit en 1895 pour 250 malades et inauguré en 1897, Perreux a subi le sort de nombre d'asiles, dans ce sens que les places ont rapidement fait défaut. Actuellement, l'établissement abrite 400 malades environ. L'Etat de Neuchâtel auparavant n'avait pas à sa charge d'établissement hospitalier, bien que le canton ne manquât pas d'hôpitaux, maternités et asiles d'aliénés, mais tous relevaient de fondations particulières ou des communes. Ces établissements, de plus en plus encombrés de malades et ne pouvant plus suffire aux besoins d'hospitalisation, sollicitèrent l'aide de l'Etat qui décida, à ce moment-là, la création de l'Etablissement de Perreux.

Le canton de Neuchâtel possède une loi sur le régime des aliénés. Cette loi se ressent de la loi française de 1838. Un nouveau projet est à l'étude, projet qui modifiera du tout au tout les anciennes conceptions. Actuellement, du fait de la

compréhension des Autorités, la loi est pratiquée dans un sens très large et l'établissement cantonal fonctionne comme un hôpital, tant pour les cas psychiques que physiques, l'on entre et sort à volonté, à l'exclusion naturellement des malades placés d'office. Pour les cas psychiques à traitement de longue durée, nous nous contentons de la mise sous tutelle ou curatelle, comme le prévoit le Code civil suisse.

Nous ne nous arrêterons pas aux traitements appliqués aux malades, qui sont tous les traitements modernes connus. La thérapeutique par le travail est appliquée d'une façon très large. Nous accordons quelques avantages dans l'ordinaire à tous les malades qui sont occupés selon leurs forces et capacités, soit dans les exploitations agricoles et maraîchères, importantes chez nous, soit dans les différents ateliers de l'établissement (ateliers de menuiserie, mécanique, chauffage, vannerie, lingerie, couture, repassage, etc.). Nous comptons aussi pour la thérapeutique sur les distractions de toutes sortes offertes aux malades (concerts, cinéma, théâtre) pour lesquels a été édifié un bâtiment spécial dû à la générosité d'un compatriote.

Nous désirons attirer votre attention sur quelques particularités de notre établissement, que vous trouverez plus spécialement dans nos pavillons neufs (construits en 1930). Les parcs de ces pavillons ne sont pas clôturés par des murs qui limitent la vue, mais par des treillis en fil de fer tapissés de roses ; suppression des grillages aux fenêtres qui présentent un système spécial avec verre incassable. Les clés sont réduites à leur plus simple expression, une seule clé avec triangle ouvre portes, fenêtres, placards et robinets. Vous trouverez, dans ces nouveaux pavillons où toutes les mesures de sécurité ont été prévues, le plus grand confort, dans le but d'offrir aux malades un milieu aussi familial que possible.

Depuis quelques années, l'établissement possède un cabinet dentaire moderne, où un médecin-dentiste de Neuchâtel opère régulièrement.

L'eau chaude et le chauffage par eau chaude sont fournis par une centrale qui alimente tous les pavillons par une circulation forcée et souterraine. Un appareil automatique (thermomètre à distance) permet à l'employé chargé du service de contrôler sur place la température de chaque pavillon.

Bien que la petite ville de Boudry, sur le territoire de laquelle nous vivons, ait donné le jour à Marat, l'esprit révolutionnaire n'est pas de mise à Perreux, au contraire, nous tenons à incul-

quer à tous ceux qui ont le privilège de soigner des malades, à tous les employés qui sont en contact avec ces malheureux, un esprit de compréhension, de patience et de charité.

Je souhaite que les quelques instants que vous aurez à passer ici ne vous apportent pas un surcroît de fatigue. Pardonnez les imperfections que vous trouverez à cette réception improvisée et puisse la paix des champs — que vous apprécierez, je l'espère, à l'agonie de ce Congrès — vous laisser des traces durables du plaisir que vous nous avez procuré en honorant Perreux de votre visite.

Avant la dislocation du Congrès, une savoureuse collation y fut servie. M. le Conseiller d'Etat E. Béguin, chef du département de l'Intérieur de la République et Canton de Neuchâtel, y prononça les paroles suivantes :

Monsieur le Président du Congrès
des Médecins aliénistes et neurologistes,

Mesdames, Messieurs,

J'ai le très grand honneur et le plaisir de vous adresser la parole — je n'en abuserai pas — au nom du Conseil d'Etat de la République et canton de Neuchâtel. Si l'on me demandait en premier lieu ce que représente cette République et canton de Neuchâtel qui vous salue en ce moment, je répondrais notamment, que le peuple de ce pays a toujours su, aux grandes heures de l'histoire universelle et au cours des événements mondiaux, manifester nettement son enthousiasme pour la grande idée du droit, de la justice et de la liberté. Un Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française ne pouvait donc qu'éveiller son intérêt sympathique et lui causer une joie que nous avons cherché à traduire dans notre accueil.

Ce pays, de territoire minuscule et exigu, a l'inestimable privilège de posséder des établissements et des institutions qui nous ont procuré l'agrément de votre passage dans une contrée qui, dès longtemps, a saisi l'importance des problèmes qui retiennent votre attention et font l'objet de vos savantes préoccupations.

La maison de santé de Préfargier, où nous avons été reçus ce matin, est un émouvant témoignage de l'esprit de philan-

thropie, de charité et d'altruisme, si répandu chez nous de tout temps.

L'une des plus belles traditions de quelques-unes de nos grandes familles neuchâteloises nous a valu la création d'œuvres telles que Préfargier, destinées à soulager les misères morales et matérielles d'autrui.

Des actes de munificence et de générosité ont permis de voir se produire, dans notre canton, des choses splendides dans le domaine de la bienfaisance publique. Aussi n'avez-vous pas manqué de manifester, au milieu de cette journée, votre admiration de la mission remarquable qui s'exerce à Préfargier, selon la volonté de son fondateur, poursuivie de façon si distinguée par ses successeurs qui, tous, ont droit à notre vive reconnaissance.

L'Hospice de Perreux, où s'écoulent vos dernières heures de travail et de délassement, est dû à l'action solidaire de l'Etat et des communes justement soucieux de s'acquitter ensemble d'un devoir officiel à l'égard des faibles et des malades dont il était devenu indispensable de protéger l'existence tourmentée par les sombres pensées et par les inquiétudes. Peu portés à se diriger du côté de la centralisation, les Neuchâtelois, obéissant à un fédéralisme auquel ils tiennent, ont voulu posséder cette maison, où sont hospitalisés, dans les conditions les plus favorables, ceux que la collectivité n'a plus le droit d'abandonner à leur sort et à leurs maux.

Unies dans l'action bonne qu'elles exercent chacune de leur côté et collaborant selon les saines méthodes d'entente et de compréhension, Préfargier et Perreux ont eu l'avantage d'avoir à leur tête des hommes de science et d'expérience ; attachés à leur carrière, nos directeurs donnent à ces établissements le meilleur d'eux-mêmes et se consacrent sans répit à leur tâche et à leur labeur quotidien. Ces directeurs de mérite, qui au reste vous sont connus, ont heureusement, à côté d'eux, des femmes d'élite et de cœur, d'un dévouement à toute épreuve, dont les qualités et la grâce souriante ont si grandement contribué aux réceptions aimables dont votre pèlerinage en terre neuchâteloise a été accompagné.

En conclusion, veuillez nous laisser espérer que vous emporterez dans vos foyers la conviction que Neuchâtel n'est pas resté en arrière dans le culte et la pratique de la science qui est la vôtre, que l'initiative privée, aussi bien que l'Etat lui-même, sont acquis à la nécessité de s'inspirer de votre exem-

ple et des progrès que vos études permettent de réaliser. Notre gratitude est donc profonde à votre égard, nous saisissons ce que représente le passage en terre neuchâteloise d'un Congrès tel que le vôtre, car nous honorons en vous, Messieurs — ce sera notre dernier mot — des bienfaiteurs de l'humanité.

Le Dr Répond, co-Président suisse, prononça ensuite l'allocution de clôture :

Mesdames, Messieurs,
Chers amis,

La tradition veut que le Président étranger de notre Congrès ne parle officiellement qu'à deux reprises : la première fois lors de son intrônisation pour dire les souhaits de bienvenue, puis lors de son abdication pour dire aux congressistes ses souhaits d'un heureux retour dans leurs foyers. Hormis ces deux manifestations officielles, il mène la vie effacée d'un prince-consort et remplit dans les coulisses le rôle des grandes utilités. Je ne vais pas, à l'instar de mon ami, notre cher Président Crouzon, me livrer maintenant à un cours d'histoire sur l'utilité, la nécessité même, des princes-consorts. D'ailleurs, l'atmosphère de cette dernière réunion et les accents du jazz que mon discours veut n'interrompre que pour un moment très bref, ne seraient pas propices à une dissertation de cet ordre.

Je tiens simplement, Mesdames, Messieurs et chers amis, à vous remercier de tout cœur d'avoir bien voulu vous rendre si nombreux à notre invitation en Suisse, d'avoir bien voulu suivre assidûment le programme que nous vous avions préparé et d'avoir eu, enfin, le courage d'arriver, après toutes ces pérégrinations sur le territoire helvétique, en nombre encore si imposant à cette dernière étape. Je dois me rendre compte que, comme Président, j'ai surtout joué un rôle de caporal, et je dois vous remercier de l'excellente discipline que vous avez bien voulu montrer. Sans hésiter, vous avez obéi à tout ce que nous vous demandions de faire et même lorsque votre Président, la casquette en main, est venu exiger de vous des suppléments de taxe pour les voyages, vous les avez payés, sans même chanter, ce qui, pour en revenir à l'histoire, est un notable progrès depuis l'époque de Mazarin.

Mais, trêve de plaisanterie, car je tiens surtout à vous répéter, au nom de tous les aliénistes et neurologistes suisses, et au nom de tous ceux qui vous ont reçus, la très grande joie que vous nous avez faite en venant tenir votre Assemblée dans notre pays. C'est de tout cœur et tout simplement que nous vous avons accueillis et nous ne pouvons pas vous laisser partir sans songer à notre futur revoir en Suisse. Notre Congrès a déjà bien des traditions, celui de cette année vient d'en consacrer une nouvelle. En effet, la trentième assemblée a eu lieu en Suisse et la quarantième aussi ; il est donc presque traditionnel, nécessaire, que la cinquantième fasse de même, sans parler, bien entendu, de toutes celles qui s'y succéderont de décade en décade jusque dans l'avenir le plus lointain. C'est une chance que d'avoir créé une tradition pouvant s'appuyer sur le système décimal. La quarantième session en Suisse est morte, vive la cinquantième session en Suisse !

Nous avons au milieu de nous, ce soir, les représentants des autorités cantonales neuchâteloises, qui veulent bien nous recevoir à Perreux : je tiens à les remercier de l'accueil si aimable et si généreux qu'ils ont bien voulu nous faire. Notre gratitude est due aussi à Mme et au Dr Borel, le dévoué directeur du remarquable établissement que nous venons de visiter, qui nous reçoivent avec tant de bonne grâce et ont eu l'aimable attention de faire atténuer par le bruit du jazz et des flons-flons l'amertume des adieux. Cette trop brève journée que nous venons de passer dans le canton de Neuchâtel a été intéressante et exquise à tous points de vue : la chaleur de l'accueil que nous y avons reçu a même réussi à nous faire oublier l'inclémence du temps. Je dois dire aussi toute notre reconnaissance au Conseil communal de la Ville de Neuchâtel et surtout à son distingué Président, et enfin à notre cher ami le Dr Bersot, notre si dévoué Secrétaire local, dont la parfaite organisation de cette journée a montré que la Suisse romande, à ce point de vue, ne le cède en rien à la Suisse alémanique, où nous venons de passer de si heureux jours.

Mon chant du cygne est terminé et mes fonctions avec lui. Je vous remercie tous encore de l'obligeance et de la bonne volonté avec lesquelles vous avez rendu aisée la tâche du Comité, et j'espère que les souvenirs de la quarantième session de notre Congrès vous encourageront à revenir en Suisse, plus nombreux encore lors de la cinquantième.

[illegible]



Photo Tuggener, Zurich.

Photo Rohr, Berne.



Photo Attinger, Neuchâtel.









Photo Dr Donnadieu.



Photo Dr A. Leroy.



Photo Dr Donnadieu.







EXCURSIONS APRÈS CONGRÈS

Le dimanche 20 juillet, un certain nombre de Congressistes, répondant à l'invitation du Dr Bersot, visitèrent la Clinique Bellevue au Landeron ; ils y furent retenus à déjeuner. Ils eurent la surprise agréable d'entendre une charmante aubade d'un groupe d'enfants et jeunes gens : « Les fifres et tambours de Neuveville ».

Au nom des Congressistes, le Dr Paul Boncour remercia Mme et le Dr Bersot de leur charmante réception, dernier et chaleureux témoignage de l'hospitalité que venait de recevoir si largement la XLe session.



Ce même jour, un autre groupe de Congressistes, après avoir visité la propriété et le musée du prince Napoléon à Prangins, était reçu aux Rives de Prangins par le Dr Forel, Médecin-Directeur, et le Dr de Saussure, Président du Conseil d'Administration. Après une visite de l'Etablissement, qui soutient sa réputation de « la plus belle Maison de Santé du monde », fut servi un repas qui fait honneur au talent du chef qui l'a préparé.

Les célèbres chanteuses du « Vieux Colombier » de Nyon apportèrent à ce repas un charme délicieux à chanter des vieilles chansons du pays.

Au nom des participants, le Professeur Laignel-Lavastine remercia d'un accueil si cordial et ajouta que devant la beauté du cadre lui revenait en mémoire une phrase de Landouzy : « Ici, la santé vient par les yeux. »

Après une croisière sur le lac Léman, les Congressistes gagnèrent la Clinique « Mon Repos », au Mont Pellerin, où le Dr de Montet y avait réservé une réception chaleureuse. De la terrasse de la Clinique, en prenant l'apéritif, les Congressistes laissèrent longtemps reposer leur regard sur l'un des plus beaux paysages qui soient sur notre terre.

Après le banquet, des toasts furent portés par le Dr de Montet et le Professeur Laignel-Lavastine.

Lundi, le groupe des Congressistes gagna Monthey. Le Président Repond les y attendait pour leur faire visiter l'établissement de Malévoz. Il avait eu l'attention, très instructive, d'essayer de faire coïncider le passage des Congressistes avec les manifestations hypoglycémiques d'une série de malades en cours de traitement par le choc insulinique, ce qui permit d'observer toute une gamme de réactions motrices et végétatives, témoin de la limite à laquelle le choc doit être interrompu. Un festin champêtre fut ensuite servi en plein air, tandis que de délicieuses chansons valaisannes étaient dites par une troupe émérite dont les acteurs et actrices venaient, aux entractes, se mêler aux Congressistes pour déguster des « raclettes » arrosées de bons vins blancs du pays.

Le soir, la Compagnie des Eaux d'Evian reçut au restaurant de la Plage les participants de l'excursion ; ils y furent accueillis avec cette cordialité si simple mais aussi si attachante que connaissent bien tous les médecins.

XLI[e] SESSION DU CONGRÈS

des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

---

La XLI[e] *Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française* se tiendra à Nancy, du 17 au 23 mai 1937.

Président : M. le Docteur M. Olivier, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois.

Vice-Président : M. le Docteur Th. Simon, Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle de Paris.

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur J. Hamel, Médecin-Chef à l'Asile de Mareville, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy.

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLI[e] Session.

Psychiatrie : *Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus,* par M. le Docteur Bargues, Médecin-Chef des Asiles publics de France.

Neurologie : *Les Atrophies cérébelleuses primitives,* par M. le Docteur J.-N. Péron, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Médecine légale psychiatrique : *Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues,* par M. le Médecin-Commandant Pommé, Professeur au Val-de-Grâce de Paris.

N.-B. — Les *inscriptions* sont reçues par le docteur VIGNAUD, *Trésorier,* 4, avenue d'Orléans, Paris (14e). C.-C. postal Paris 156.30. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs (*membres adhérents*). Les membres inscrits avant le 10 mars 1937 recevront les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* sont inscrits de droit à la session et recevront les rapports dès leur publication.

Les membres titulaires et adhérents peuvent inscrire comme *membres associés* (cotisation de 50 francs) les membres de leur famille.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. COMBEMALE, route d'Yprès, à Bailleul (Nord).

TABLE DES MATIÈRES

COMPTES RENDUS DE LA XLᵉ SESSION DU CONGRÈS

SÉANCE INAUGURALE

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Discussion

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Discussion

RAPPORT DE THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

Discussion

COMMUNICATIONS DIVERSES

Communications de psychiatrie

Communications de neurologie

Communications de thérapeutique

Communications d'assistance et de médecine légale

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Cahors, Imp. Coueslant (*personnel intéressé*). — 53.045